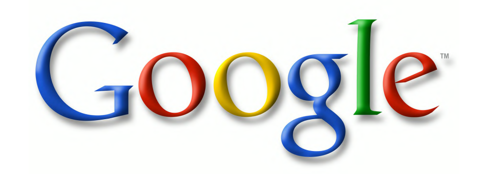




Philip W. Durand
Dec. 1860.
from R. H. H.

GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN

TOME PREMIER.

Cet ouvrage se trouve aussi :

A AGEN,	chez Bertrand.
—	Chairou et Ce.
AMIENS,	Prévost-Allo.
AMSTERDAM,	Van Bakkenes et Ce.
—	Caarelsen et Ce.
ANGERS,	Barassé.
—	Cosnier et Lachèse.
ARRAS,	Topino.
ATHÈNES,	Wilberg.
BERLIN,	Hirschwald.
BESANÇON,	Baudin-Bintot, Bulle.
BORDEAUX,	Chaumas, Feret.
BREST,	Alleguen,
—	Fr. Robert.
BRUXELLES,	Tircher, Decq.
—	Claasen.
—	Muquardt.
CAEN,	Bouchard.
DIJON,	Lamarche.
DUBLIN,	Hodges et Smith.
EDIMBOURG,	Maclachlan et Stewart.
FLORENCE,	Lapi Papini.
—	Ricordi et Jouhaud.
GAND,	Hoste.
GÊNES,	L. Beuf.
GENÈVE,	J. Cherbulliez.
GRENOBLE,	Rey-Giraud.
LA HAYE,	Belinfante.
LEIPZIG,	Dürr; Mierisch.
—	W. Gerhard.
LEYDE,	E.-J. Brill.
LIÉGE,	Desoer. — Gouchon.
LISLE.	Béghin; Quarré.
LISBONNE,	Silva Junior.
LOUVAIN,	Van Esch.
LYON,	Megret.
MARSEILLE,	Camoin frères.
MESSINE.	Ant. di Stefano.
METZ,	Warion.
MEXICO,	Ordaz.
MILAN,	Dumolard.
MONTPELLIER,	Patras.
MOSCOU,	Gautier.
—	Krogh.
NANCY,	Mlle Gonet.
—	Grimblot et Ce.
NANTES,	Forest aîné.
—	Guéraud.
NAPLES,	Mirelli.
—	Marghierri.
—	Pellerano.
POITIERS,	Letang.
PORTO,	Moré.
RENNES,	Verdier.
ROCHEFORT,	Proust-Branday.
—	Giraud.
ROME,	P. Merle.
ROTTERDAM,	Kramers.
ROUEN,	Dubust; Lebrument.
ST-PÉTERSBOURG,	Cluzel et Ce.
—	S. Dufour.
—	J. Issakoff.
STOCKHOLM,	Bonnier.
STRASBOURG.	Berger-Levrault.
—	Derivaux; Salomon.
—	Treuttel et Würtz.
TOULON,	Monge.
TOULOUSE,	Gimet.
—	Armaing.
TUBINGEN,	Fuës.
TURIN,	Bocca frères.
—	Marietti.
—	Toscanelli et Ce.
UTRECHT,	Kemink et fils.
VARSOVIE,	Natanson.
WURZBOURG,	Stahel.

Paris. -- Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2

GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN

OU

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

DE PATHOLOGIE INTERNE

ET DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉES

PAR

F. L. I. VALLEIX,

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ,

Membre de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique de Paris, de la Société médicale des hôpitaux, etc.

QUATRIÈME ÉDITION

REVUE, AUGMENTÉE, ET CONTENANT LE RÉSUMÉ DES TRAVAUX LES PLUS RÉCENTS,

PAR MM. LES DOCTEURS

V.-A. RACLE

Médecin des hôpitaux de Paris, ex-chef de clinique médicale de la Faculté de médecine.

P. LORAIN

Ex-interne lauréat des hôpitaux, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, membre de la Société de biologie.

TOME PREMIER

Fièvres, maladies pestilentielles. — Maladies constitutionnelles. Névroses.

PARIS

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,

Rue Hautefeuille, 19.

LONDRES — Hippolyte Baillière, 219, Regent-street.

NEW-YORK — H. et Ch. Baillière brothers, 440, Broadway.

MADRID, C. BAILLY-BAILLIÈRE, CALLE DEL PRINCIPE, 11.

1860

AVERTISSEMENT DES ÉDITEURS

DE LA QUATRIÈME ÉDITION.

.e GUIDE DU MÉDECIN PRATICIEN, malgré la mort prématurée de son auteur, it encore d'un grand et légitime succès. Plusieurs causes y ont contribué. On ıve, en effet, dans l'ouvrage de VALLEIX beaucoup d'érudition, l'analyse des 'aux modernes les plus importants, une description complète des symptômes, exposé très sobre de l'anatomie pathologique, qui n'est en réalité que d'une ıortance secondaire pour le praticien, mais aussi, et par opposition, une discussion rofondie du diagnostic, du pronostic et du traitement. Ce sont ces dernières conons qui répondent surtout aux besoins de la pratique et qui justifient le titre de ıvrage. Ajoutons que l'exposition méthodique employée dans tous les articles, leur division en paragraphes, et enfin que l'addition de tableaux synoptiques du gnostic contribuent à donner à l'ouvrage un caractère exceptionnel de clarté l'utilité.

ussi une quatrième édition est-elle vivement réclamée par le public médical. n entreprenant cette réimpression, les nouveaux éditeurs ont compris tout bord qu'il fallait conserver à cette œuvre tous ses avantages si justement apciés par les médecins et par les élèves.

lais il ne convenait pas de faire une réimpression pure et simple; il fallait de s faire aux principaux articles de nombreuses additions pour les remettre au eau de la science, et aussi introduire dans l'ensemble de l'œuvre de sérieuses lifications nécessitées impérieusement par les progrès modernes. Sous ce derr rapport, les éditeurs ont cru devoir accomplir leur tâche avec indépendance, ils n'ont pas craint de formuler nettement leur opinion là où Valleix n'osait ore que timidement s'affranchir du joug pesant et absolu de l'anatomie pathoique.

'oici l'indication succincte des changements qui ont été opérés et des motifs les ont rendus nécessaires.

'alleix avait adopté dans sa classification l'ordre anatomique, sur la valeur dul nous n'avons pas à nous prononcer; mais, forcé par l'évidence, Valleix it dû établir des classes fondées sur d'autres bases : c'est ainsi que, dans des es *distincts*, il a traité des *fièvres*, des *névroses*, des *intoxications*. Il était ossible, en effet, de méconnaître la réalité et l'importance de ces classes de adies, mais elles étaient dispersées : les *névroses* faisaient partie du deuxième ıme et suivaient les maladies des centres nerveux; les *intoxications* étaient à in de l'ouvrage; les *fièvres* formaient un des derniers livres du cinquième et nier volume, et là même, rejetées comme *incertæ sedis*, elles étaient mplétement traitées, puisque les *fièvres éruptives* rentraient dans un autre

volume et parmi les maladies de la peau. Quant aux maladies générales et constitutionnelles, il fallait les chercher : la *goutte* et le *rhumatisme*, dans les *maladies du système locomoteur;* la *syphilis*, dans les *maladies des organes génito-urinaires* et dans les *maladies de la peau;* l'*anémie*, la *chlorose* et la *leucocythémie*, dans les *affections du système circulatoire;* les *scrofules*, dans les *maladies du système lymphatique;* la *diphthérite* n'était étudiée qu'à l'occasion des *angines* et des *laryngites*. D'un autre côté, le *choléra épidémique* rentrait dans les *maladies du tube digestif*.

Dans le moment actuel, une semblable classification ne saurait être maintenue, car elle suppose des localisations anatomiques parfaitement démontrées; or, les travaux modernes tendent chaque jour à établir tout ce qu'il y a de problématique et même de faux dans ces déterminations.

En conséquence, les éditeurs ont cru devoir tout d'abord restituer aux *Fièvres* leur place véritable, et en signaler l'importance en les plaçant en tête de l'ouvrage. Sous le titre de *Fièvres* et *Maladies pestilentielles* (livre I[er]), ils ont donc groupé les *fièvres continues*, les *fièvres éruptives*, les *fièvres intermittentes*, le *choléra*, etc., disséminés auparavant dans toutes les autres classes.

Un livre nouveau (livre II), sous le titre de *Maladies constitutionnelles*, leur a permis de rapprocher la *goutte*, le *rhumatisme*, la *syphilis*, les *scrofules*, l'*anémie*, la *chlorose*, la *leucocythémie*, le *scorbut*, la *glycosurie*, etc.

Les *Névroses*, marquant réellement la transition entre les maladies générales et les maladies locales, ont dû venir ensuite, pour former le livre III[e]. Ici encore quelques inversions ont eu lieu : ainsi la *paralysie générale progressive*, les *contractures*, les *convulsions*, retirées des *Maladies du système locomoteur*, ont trouvé leur place naturelle dans le livre des névroses.

Mais, dès qu'il s'est agi des maladies par appareils, on n'a plus fait subir que de très légers changements à la classification de Valleix. Ainsi les livres des *Maladies des centres nerveux*, des *voies circulatoires*, des *voies respiratoires*, etc., sont reproduits à peu près intégralement sous le rapport de la *classification* et des divisions par *chapitres* et *articles*.

Après avoir indiqué les modifications portant sur l'ensemble de l'ouvrage, il nous reste à signaler les *modifications de détail* et les *additions*.

Dans plusieurs chapitres, les articles ont été placés dans un ordre nouveau; quelques-uns ont été divisés, d'autres réunis. Chaque paragraphe a été revu avec soin, et remis au courant de la science, d'après les travaux les plus récents. Dans cette révision, nous avons respecté scrupuleusement le mode d'exposition de Valleix, nous avons adopté sa méthode sévère, multiplié les citations numériques, et, en un mot, suivi l'esprit analytique de l'auteur. De nouveaux tableaux synoptiques ont été ajoutés et les questions de thérapeutique traitées avec le plus grand soin.

Quant aux additions, elles sont assez nombreuses pour avoir très sensiblement augmenté le volume total de l'ouvrage. Nous citerons principalement les suivantes : *Tableau et formes de la fièvre typhoïde*, — *syphilisation*, — *étiologie de la glycosurie*, — *traitement de la chorée par l'émétique*, — *causes de l'épilepsie*, — *causes*, *symptômes* et *traitement de l'hystérie*, — *symptômes* et *traitement de l'asphyxie*, — *observations nouvelles sur la dilatation des bronches*, — *étiologie* et *symptômes de l'ulcère simple de l'estomac*.

Mais la partie la plus importante de notre travail consiste dans la composition d'articles nouveaux et le remplacement complet d'articles de l'édition précédente.

Les articles suivants ont été entièrement refaits : *Typhus et typhus fever*, — *Fièvre puerpérale*, — *Fièvre bilieuse grave des pays chauds*, — *Scrofules*, — *Leucocythémie*, — *Catalepsie*, — *Paraplégie nerveuse*, — *Muguet*.

Les articles nouveaux sont les suivants : *Cancer*,— *Tubercule*, — *Diphthérite*, —*Maladie d'Addison*,— *Vertige nerveux*,— *Nervosisme*,— *Méningite rhumatismale*, — *Spasme de la glotte*, — *Congestion pulmonaire*,— *Altérations du parenchyme pulmonaire par des matières pulvérulentes*, — *Asystolie*, — *Vices de conformation du cœur*, — *Embolies*, — *Affections diverses des veines*, — *Hémophilie*,— *Hématologie*, — *Angine glanduleuse*, — *Paralysies consécutives à la diphthérite*.

Les modifications apportées dans les tomes IV et V ne sont ni moins considérables ni moins nombreuses que celles des tomes I, II et III. Comme les sujets qui les composeront sont : les *Maladies des voies digestives et de leurs annexes*, les *Maladies des organes génito-urinaires*, celles du *tissu cellulaire* et de la *peau*, on voit tout de suite sur quels points ces additions devront porter. Nous ferons donc principalement l'exposé des travaux les plus récents sur la *dyspepsie*, l'*étranglement interne*, la *cirrhose*, l'*atrophie aiguë du foie*, l'*ictère grave*, la *maladie de Bright*, *l'hématocèle péri-utérine* et les *phlegmons péri-utérins*, les *maladies des ovaires*, les *maladies parasitaires de la peau*, etc., etc. Nous ajoutons aussi une analyse étendue des travaux qui ont modifié si profondément les connaissances modernes sur l'histoire des parasites animaux et végétaux.

Comme on peut le voir par cette énumération, nous n'avons négligé aucun des points importants, aucune des questions nouvelles qui attirent aujourd'hui l'attention générale.

Pour l'immense révision que nous avons entreprise, nous avons consulté les travaux les plus récents ; et nous ne craignons pas de dire que nous avons analysé tou les livres, tous les mémoires, et jusqu'aux plus simples articles de journaux, qu ont paru depuis l'édition précédente.

Il nous serait impossible de citer tous les noms des auteurs auxquels nous avons emprunté les matériaux de nos additions. Nous croyons cependant devoir citer en France : MM. Barth, E. Barthez, Bazin, Beau, Béhier, Bergeron, Cl. Bernard, Bernütz, Bouchut, Boudin, H. Bourdon, Briquet, Brown-Séquard, Calmeil, Charcot, Cruveilhier, Cullerier, Davaine, Desayvre (de Châtellerault), Diday, Durian, J. Falret, Faure, Follin, Godélier, Goupil, Gubler, Noël Gueneau de Mussy, Natalis Guillot, Hérard, Félix Jacquot, Landouzy, Lasègue, H. Lebert (aujourd'hui professeur à Breslau), Leudet, Michel Lévy, Luton, Maingault, Marrotte, Millard, Monneret, Moreau (de Tours), Puel, Ch. Robin, Rochard (de Brest), Schutzenberger, G. Sée, Marc Sée, Seux (de Marseille), Max Simon, Ambroise Tardieu, Trousseau, Max. Vernois, E. Vidal, Auguste Voisin, Woillez, Prosper Yvaren. Nous citerons à l'étranger : MM. Addison, Bennett, Brinton, Budd, Frerichs, Harley, Magnus Huss, Ranking, Virchow.

Souvent nous avons eu recours aux auteurs eux-mêmes, et nous ne pouvons que nous féliciter de la bienveillance avec laquelle ils ont bien voulu mettre leur expérience et leurs connaissances à notre disposition. Nous devons à M. le docteur

Dutroulau, ancien chirurgien de la marine, des renseignements précieux sur la *fièvre jaune* et la *fièvre bilieuse grave des pays chauds* ; à M. Max. Vernois, sur l'*action des matières pulvérulentes;* à M. Faure, sur l'*asphyxie;* à M. Cullerier, sur l'*application des vésicatoires dans la syphilis;* à M. Maingault, sur la *paralysie diphthéritique;* à M. Bazin, sur les *scrofules.*

Nous devons à M. Pellagot l'expression d'une reconnaissance toute particulière, pour sa part de collaboration à notre travail; nous lui sommes redevables, en effet, de la révision complète et, en grande partie, de la rédaction du chapitre des maladies du foie.

Le traitement joue dans l'ouvrage de Valleix un rôle tellement important, et, eu égard aux lecteurs auxquels il s'adresse, un rôle tellement légitime, que nous n'avons pas craint d'insister sur ces questions, en les enrichissant des nouvelles découvertes de la science. Ainsi nous avons fait mention de toutes les substances médicamenteuses nouvellement accréditées, comme le *chlorate de potasse*, le *sulfate d'atropine*, etc., et développé certaines méthodes thérapeutiques déjà connues, mais actuellement mises en usage d'une manière particulière, comme l'*hydrothérapie dans les affections chroniques*, la *cautérisation dans l'asphyxie*, la *trachéotomie dans le croup*, etc.

Les préfaces des éditions précédentes n'ayant plus d'objet maintenant, nous n'avons conservé que le *Plan* de l'auteur.

Nous avons ajouté, comme Notice biographique, l'éloge de Valleix que M. Woillez a placé en tête de l'un des volumes des *Mémoires de la Société d'observation.* Ami intime de Valleix, M. Woillez a, dans des pages chaleureuses, rappelé les travaux et les mérites du médecin trop prématurément enlevé à la science ; et, dans une analyse pleine de vues élevées, donné l'appréciation des œuvres qui lui survivront.

Un seul mot sur notre collaboration. Bien que nous nous soyons divisé le travail de révision et occupés en particulier de la rédaction des articles nouveaux, l'œuvre entière n'en est pas moins collective, par la communauté de nos vues et de nos opinions, et nous acceptons solidairement la responsabilité de toutes les modifications que l'on trouvera dans l'ensemble de ce livre.

On verra facilement ce qui nous appartient, par la précaution qui a été prise d'intercaler entre deux crochets [ ] les additions des nouveaux éditeurs.

Ce travail nous a coûté des efforts, et démontre qu'il est plus facile peut-être de créer que de reviser.

Nous attendons le jugement de nos maîtres et de nos lecteurs, et nous recevrons avec reconnaissance leur critique ou leur approbation, disposés que nous sommes à faire droit surtout aux observations qui nous seraient adressées.

V.-A. RACLE. P. LORAIN.

Paris, le 25 décembre 1859.

PLAN DE L'OUVRAGE.

(1842.)

Dans la description de chaque maladie en particulier, j'ai d'abord retranché tout e qui n'était pas essentiel à la pratique : ainsi, dès qu'une affection n'est plus dépendante, et qu'elle ne constitue qu'une complication, je renvoie son étude à histoire de la maladie qu'elle complique. Faire autrement, ce serait, comme dans s traités de pathologie, tomber dans des redites et des longueurs qui, dans un uvrage de la nature de celui-ci, auraient de grands inconvénients.

Me livrer à des *recherches historiques* dans un but purement littéraire, c'eût té bien plus encore m'éloigner du but que je me suis proposé. Toutefois je n'ai as négligé l'étude des anciens, loin de là ; mais réservant presque entièrement les echerches historiques pour l'étude du traitement, je me suis borné à un aperçu rès général, et j'ai immédiatement passé à la recherche des causes, à l'étiologie, ette partie si obscure de la pathologie.

La *connaissance des causes* est d'une grande importance pour la pratique ; j'ai lonc mis tous mes soins à rechercher les circonstances dans lesquelles les maladies renaient naissance, et qui pouvaient avoir quelque influence sur leur développement. Malheureusement l'étude des causes est très difficile, et a presque toujours té faite sans méthode et sans rigueur ; je me suis donc vu bien des fois arrêté par e doute devant des causes admises avec confiance par bien des auteurs. Ce doute, e l'ai exprimé, et je me suis toujours attaché à distinguer les causes démontrées de elles qui ne sont que probables, et surtout de celles qui peuvent bien n'être que les coïncidences, ou qui n'ont été admises que par suite d'idées théoriques.

Dans l'*exposition des symptômes*, j'ai tâché d'être bref et concis, sans toutefois négliger les détails. Je me suis surtout efforcé de mettre en saillie les symptômes principaux, essentiels, et d'en bien apprécier la valeur ; car c'était le seul moyen de préparer le diagnostic, sans lequel toute pratique est incertaine et souvent dangereuse. J'ai, autant que possible, puisé mes descriptions dans les meilleures observations publiées par les auteurs, tant anciens que modernes, et de cette manière j'ai pu apporter quelques modifications importantes dans la description des maladies dont on avait toujours tracé l'histoire d'après des impressions générales, ou d'après les écrits de nos devanciers. On comprendra facilement que la pratique ne pouvait que gagner à cette innovation ; aussi n'ai-je pas reculé devant l'immense travail que nécessitait cette révision de tant de faits divers et épars dans tant de livres si différents, me trouvant suffisamment payé de mes peines toutes les fois que j'ai pu découvrir et signaler un moyen utile à la pratique et imparfaitement connu.

C'est également sur les observations que j'ai cherché à établir la *marche*, la *durée* et la *terminaison des maladies*, dont la connaissance est si importante pour le praticien. J'ai, par là, rapproché cet ouvrage d'un traité de clinique, et fourni les meilleurs exemples à suivre dans les cas difficiles.

Mais c'est surtout dans l'*étude du diagnostic* que je me suis appliqué à rendre toutes les questions claires et faciles à résoudre. Le diagnostic est, en effet, pour le praticien, le résumé de toute la pathologie, comme l'administration du médicament est le résumé de toute la thérapeutique. Je ne me suis pas contenté d'exposer avec détail les signes différentiels des diverses maladies que l'on peut confondre entre elles; j'ai de plus, dans un *tableau synoptique*, mis en regard ces diverses maladies, ainsi que leurs signes distinctifs; de sorte que, d'un coup d'œil, le médecin peut saisir, et les caractères de l'affection qu'il veut reconnaître, et les différences qui la séparent des affections les plus voisines.

Vient enfin le *traitement*, ce dernier but de tous nos efforts, et qu'il importait, par conséquent, d'étudier avec un soin tout particulier. C'est dans cet article surtout que, consultant les anciens, demandant des lumières aux traités généraux et aux nosographies, compulsant les recueils de toute espèce, je me suis efforcé de faire ce travail indispensable au praticien, et que néanmoins le praticien ne peut pas exécuter, c'est-à-dire de rassembler les faits épars, de faire connaître les moyens, les procédés thérapeutiques les plus importants, et de les présenter dans un ordre convenable, de manière à tracer au médecin sa ligne de conduite pour tous les cas qui peuvent réclamer son ministère.

Je ne devais pas, dans une partie si essentielle, reculer devant les détails les plus circonstanciés, car on ne saurait trop insister sur les moindres particularités lorsqu'il s'agit de l'application des moyens utile ou dangereux, suivant qu'ils sont bien ou mal employés.

Prenant une à une chaque indication thérapeutique, j'ai fait voir comment elle avait été remplie par les hommes les plus habiles. J'ai non-seulement indiqué les médicaments mis en usage, mais encore leur dose suivant les cas et suivant les âges, lorsqu'il y avait lieu. J'ai cité les formules, indiqué le mode d'application, et le temps qu'il faut choisir pour cette application. J'ai fait connaître les remèdes le plus généralement employés, et ceux que quelques praticiens ont seuls préconisés.

Dans les ouvrages de pathologie interne, on se contente, pour les procédés chirurgicaux, de renvoyer le lecteur aux traités de chirurgie; j'ai cru devoir, au contraire, décrire avec tous les détails nécessaires ces procédés, les modifications qu'on leur a fait subir, la manière d'en faire usage; en un mot, j'ai considéré l'article *Traitement* comme faisant partie d'un traité de thérapeutique appliquée.

J'ai été encore plus loin. Pour résumer tout ce qui avait rapport à chaque indication thérapeutique, j'ai terminé chaque article consacré à une maladie dont le traitement est important et compliqué, par *une* ou *plusieurs ordonnances* où le praticien trouvera tout ce que, dans l'état actuel de la science, on peut prescrire avec le plus de chances de succès dans un cas donné. Pour comprendre l'utilité de ces ordonnances, il faut se rappeler que ce n'est pas tout que de connaître les divers moyens thérapeutiques à mettre en œuvre, il faut encore savoir les associer de manière qu'ils ne se contrarient pas les uns les autres, ou plutôt de manière qu'ils se prêtent un mutuel secours.

Si l'on a bien saisi le plan que je viens de tracer, on doit voir que mon but a été de mettre en un faisceau, sous les yeux du praticien, tout ce qu'il lui importe le plus de savoir; et pour atteindre ce but, j'ai eu recours aux meilleurs traités, et surtout aux meilleures observations. J'ai fouillé dans les anciens, pour leur emprunter leurs faits, leurs formules et leurs procédés. J'ai été à la recherche des expérimentations modernes, et j'en ai recueilli les résultats. Tous ces éléments, je les ai présentés de manière qu'ils pussent être aisément saisis, et que le médecin n'eût qu'à ouvrir le livre pour se mettre au courant de tout ce que la science nous offre de véritablement pratique.

Qu'on ne croie pas néanmoins que j'aie voulu me borner au rôle de compilateur. Faire un recueil de recettes, et accueillir tout sans discussion, ne pouvait me convenir; c'est ce dont ne peuvent pas douter ceux qui connaissent mes doctrines et mes travaux antérieurs, quelque jugement qu'ils en puissent porter d'ailleurs. J'ai donc soumis à la critique les opinions, les théories, les faits; car je suis convaincu que rien n'est plus pernicieux pour la pratique que de répandre, sans contrôle, dans le public, comme on ne le fait que trop, les résultats d'une expérimentation incomplète, ou d'une observation erronée. Je n'ai pas non plus oublié qu'il ne suffit pas d'énumérer et même de faire connaître en détail les diverses espèces de traitements mises en usage, et qu'il faut encore rechercher si parmi elles il en est qui inspirent une confiance particulière; c'est ce que j'ai fait. Malheureusement, le défaut de renseignements positifs m'a empêché bien souvent de porter un jugement motivé; j'ai fait alors ce que je pouvais faire : j'ai exposé l'état de la science, en en signalant le vague et l'incertitude.

F.-L.-I. VALLEIX.

NOTICE SUR VALLEIX

PAR LE DOCTEUR WOILLEZ.

François-Louis-Isidore VALLEIX naquit à Toulouse, le 14 janvier 1807; il entra au collége de cette ville, et il montra, dès ses premières années, cette grande facilité, cette aptitude au travail, qui l'ont distingué pendant toute sa vie.

Valleix vint étudier la médecine à Paris. C'était l'époque où M. Louis fixait l'attention sur l'indispensable nécessité de l'observation rigoureuse comme point de départ des faits généraux

L'ardeur méridionale de Valleix, son enjouement habituel, son goût pour les arts et même pour la poésie, qu'il avait cultivée avec assez de bonheur pour recevoir les félicitations d'un illustre poëte, semblaient alors devoir le porter vers la médecine d'imagination, si funeste aux progrès de la science. Mais son esprit élevé, son jugement net et précis, lui firent envisager la médecine comme une science difficile, et l'observation comme sa condition fondamentale. Ses convictions à cet égard étaient si profondes, qu'elles dominèrent complétement ses dispositions naturelles.

Nommé externe des hôpitaux en 1828, il passa sa première année à la Charité; pendant la seconde, il fut attaché à l'hôpital des Enfants trouvés, et là il conçut déjà le projet d'étudier les maladies, alors mal connues, de la première enfance.

Il fut nommé interne à la fin de l'année 1830, après des travaux sérieux et assidus; il passa deux ans à l'hôpital Saint-Antoine, un an à la Charité, et sa quatrième année, en 1834, à l'hôpital des Enfants trouvés. C'est là qu'il recueillit les matériaux qui devaient plus tard servir à la publication de son premier ouvrage, la *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*. — Dès le 2 janvier de 1835, il soutenait sa thèse de doctorat (1) et, la même année, il donnait un mémoire sur les céphalématomes du crâne chez les nouveau-nés (2). En 1834, Valleix avait communiqué à la Société anatomique un travail *Sur le développement des os du crâne après la naissance* (3), et plusieurs faits très intéressants, dans lesquels on trouve des détails notés avec un soin qui démontre toute l'importance qu'il attachait dès lors aux observations recueillies avec exactitude, et en 1835, un mémoire intitulé : *Du rôle des fosses nasales dans l'acte de la phonation* (4).

C'est en 1838 qu'il fit paraître sa *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés* (5), pour laquelle il eut recours à la méthode numérique « comme moyen de mieux con-

(1) Cette thèse avait pour titre : *De l'asphyxie lente des nouveau-nés, et principalement de celle que produit la maladie connue sous le nom d'endurcissement œdémateux du tissu cellulaire, de sclérème, etc.* In-4 de 71 pages.

(2) *Journal hebdomadaire du progrès des sciences médicales*, 1835, t. IV.

(3) *Observation suivie de réflexions sur un décollement de plusieurs épiphyses des os longs. —Observation curieuse de transposition irrégulière des organes chez un enfant, etc.* (*Bulletin de la Soc. anatom.*, 1834 et 1835.)

(4) *Archives de médecine*, 1835, 2e série, t. VIII.

(5) Paris, 1838. Un volume in-8° de 700 pages, *avec 2 planches coloriées* représentant le sous-péricrânien et son mode de formation.

ître les maladies du premier âge ». Il nous apprend lui-même, dans son avant-propos, ue c'est « la connaissance de cette méthode, si heureusement introduite par M. Louis ans la science médicale, qui a pu seule le déterminer à entreprendre cette publiation. »

Le *Traité des maladies des enfants nouveau-nés* de Billard avait attiré principalement l'attention sur l'anatomie pathologique des affections des nouveau-nés, et la ymptomatologie n'y avait été considérée par l'auteur, en quelque sorte, que comme ccessoire. Valleix, envisageant avec raison la question au point de vue pratique, occupe d'abord des symptômes et du diagnostic, pour remonter ensuite aux lésions natomiques comme moyen de contrôle et d'élucidation pathologique.

Dans un premier chapitre, très neuf à l'époque où il parut, il traite de l'*exploration inique des nouveau-nés*, et il fait remarquer, à cette occasion, que souvent les difficultés de l'observation, chez l'enfant naissant, doivent être attribuées non pas, comme n le fait tous les jours, à son imperfection morale et physique, mais au peu de soin u'on apporte à son étude clinique. Valleix insiste surtout sur la distinction de examen de l'enfant en deux temps : 1° pendant le calme, et 2° pendant l'agitation ; istinction capitale, dont on a reconnu depuis toute l'utilité pratique.

Valleix décrit ensuite des maladies qu'il a observées chez les nouveau-nés (1). es chapitres consacrés au muguet et à la pneumonie, les principaux du livre, seront ngtemps consultés avec fruit ; et celui qui traite du céphalématome est encore pprécié comme le travail le plus complet qui existe sur cette affection. Valleix établit ue cette tumeur sanguine est presque toujours sous-péricrânienne, et il explique a fréquence de cette variété par l'époque de l'ossification où sont arrivés les os du râne au moment de l'accouchement. Ces os étant très vasculaires et privés de leur ble externe à la naissance, comme il l'a démontré à la Société anatomique en 1834, en résulte, suivant lui, que la pression circulaire du col de l'utérus, au moment de accouchement, peut déterminer le suintement du sang sous le péricrâne et la formation du céphalématome.

La *Clinique des maladies des nouveaux-nés* s'appuie sur cent douze observations, ui sont toutes analysées scrupuleusement, et trente-quatre y sont rapportées en ntier. C'est un livre consciencieux qui, par les résultats précis et nombreux qu'il résente, démontre la féconde utilité de la méthode qui a été suivie pour sa rédacon. Mais on ne doit pas perdre de vue, comme Valleix le fit remarquer plus tard, u'il s'agit uniquement, dans son ouvrage des nouveau-nés, de l'hospice des Enfants rouvés, qui sont dans des conditions exceptionnelles.

Vers l'époque où ce livre parut, à la fin de 1838, Valleix faisait, comme médecin u Bureau central, un service temporaire à la Pitié. Il eut à traiter dans cet hôpital es malades atteints de névralgie intercostale, chez lesquels M. Bassereau, alors nterne de ce service, lui signala la sensibilité à la pression de deux points très mités aux deux extrémités des espaces intercostaux, en arrière et en avant. Avec es premières notions, qu'il eut soin de rapporter à leur auteur, Valleix entreprit de ouvelles recherches et publia en 1840 un excellent mémoire *Sur la névralgie dorsale u intercostale* (2). Il y montre que, dans cette affection, outre les deux points dououreux à la pression signalés par M. Bassereau, il en existe souvent un troisième ntermédiaire ; de plus, l'étude anatomique des nerfs intercostaux lui fait reconnaître ue ces foyers de douleurs existent précisément là où le nerf intercostal envoie un ameau des parties profondes vers la peau. Il retrouve ensuite ce fait anatomique avec

(1) Ces maladies sont : la *pneumonie*, le *muguet*, l'*entérite*, le *céphalématome*, l'*apoplexie éningée*, l'*œdème des nouveau-nés*, les *pustules*, et enfin le *pemphigus*. L'œdème des nouveaués était désigné, dans la thèse de Valleix, sous le nom d'*asphyxie lente*, dénomination à lauelle il renonce dans son ouvrage.

(2) *Archives de médecine*, 1840, t. VII, p. 1, 188, 319.

les mêmes conséquences au niveau des autres nerfs de la vie de relation : et ce résultat général devient la source féconde des recherches auxquelles nous devons le *Traité des névralgies ou affections douloureuses des nerfs* (1), placé aujourd'hui au premier rang de nos ouvrages modernes, et qui obtint en 1847 le prix Itard à l'Académie de médecine.

On sait combien est remarquable la partie clinique de cet ouvrage. La distinction de la douleur en *spontanée* et en *provoquée*, et l'indication précise des points anatomiques où cette dernière est produite par la pression, sont des notions fondamentales en pratique. Valleix en a tiré le plus grand parti pour le diagnostic, et même pour le traitement. Non-seulement il a éclairé l'étude des névralgies déjà connues, mais encore il a décrit des névralgies nouvelles ou à peine entrevues avant lui, les névralgies *occipito-frontale*, *cervico-brachiale*, *lombo-abdominale*, *crurale* et la névralgie *multiple*, qu'il fait connaître dans le chapitre consacré à la névralgie en général. Continuant cette série d'études, il publia d'abord deux nouveaux mémoires (2), puis un travail tout nouveau sur la névralgie qu'il appelle *générale*, et qu'il décrit comme *simulant des affections graves des centres nerveux* (3).

Cette dernière espèce de névralgie mérite d'attirer l'attention des praticiens, qui doivent être familiarisés avec les données sémiologiques précises que Valleix leur a indiquées, car ses préceptes peuvent faire éviter dans la pratique des erreurs diagnostiques commises plus souvent qu'on ne pense. C'est surtout l'existence des foyers douloureux superficiels qui siégent au niveau des organes splanchniques, qui donnent lieu à ces erreurs. Valleix a attiré l'attention sur une forme de névralgie lombo-abdominale simulant une maladie de l'utérus (4); mais ce n'est là qu'une particularité très restreinte de la question, et il serait facile d'indiquer dans d'autres névralgies un grand nombre de simulations pathologiques analogues.

Ces travaux si divers n'étaient que le prélude du grand ouvrage qu'il méditait, et pour lequel il rassemblait depuis plusieurs années de nombreux matériaux. C'est ce qui fait comprendre comment, une année seulement après l'apparition de son *Traité des névralgies*, il commençait la publication de son *Guide du médecin praticien*. Ce *résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées* parut d'abord en dix volumes, terminés en cinq années (1843-1847), et il eut bientôt les honneurs de deux éditions nouvelles en cinq volumes compactes (en 1851 et 1853).

Le succès de cet ouvrage, succès considérable surtout pour une publication aussi étendue, s'explique facilement, car il répondait réellement aux besoins pratiques de l'époque, ainsi que Valleix l'avait pensé en l'écrivant. Le but de l'auteur était « de mettre en faisceau, sous les yeux du praticien, tout ce qu'il lui importe de savoir ». Pour cela, il a eu recours aux meilleures monographies, et surtout aux meilleures observations, rejetant toute assertion non justifiée par les faits. Cet ouvrage, essentiellement pratique, se distingue des publications analogues qui ont été faites, en ce qu'il renferme l'appréciation critique des opinions, des théories, et de bien des faits publiés, qui se trouvent ainsi réduits à leur juste valeur.

Il faut avoir vu réunis, comme matériaux de ce vaste travail, tous les extraits que Valleix avait faits des publications originales anciennes et modernes et des

(1) Paris, 1841, in-8 de 720 pages.

(2) *Du traitement des névralgies par les vésicatoires volants appliqués sur les principaux points de douleur.*—*Note sur un cas remarquable de névralgie trifaciale.* (*Archives de médecine*, 1842, t. XIII et XV).

(3) *Bulletin génér. de thérap.*, t. XXXIV. Quelques mois avant cette publication, il avait inséré dans l'*Union médicale* (1847) quelques considérations *sur un cas de névralgie occupant presque tous les nerfs du corps* (p. 252). Voyez aussi l'excellente thèse de M. Leclerc (1852) sur le même sujet, et l'intéressant mémoire de M. J.-B. Fonssagrives, qui a paru dans les *Archives* (mars 1856).

(4) *Bulletin général de thérapeutique.*

ecueils périodiques, pour se former une idée de la grandeur de l'œuvre et du soin rec lequel elle fut menée à bonne fin. On comprend que, dans de telles conditions, eaucoup de chapitres soient de véritables monographies ; et il me suffira, pour jusfier cette assertion, de rappeler ce qui se rapporte aux différentes espèces de larynites, aux affections du cœur, dont l'exposé présente une méthode parfaite, aux ıaladies de l'estomac, et spécialement au cancer de cet organe, etc. Dans toutes les arties du *Guide du médecin praticien*, le diagnostic et le traitement, bases fondaentales de la pratique, sont traités avec les plus grands détails.

Presque en même temps, Valleix publiait son beau travail *Sur la distinction du yphus fever et de la fièvre typhoïde d'Angleterre* (1); il adressait, en 1843, à l'Académie de médecine, un *Mémoire sur l'œdème de la glotte* (2), qui fut couronné par ette compagnie savante, et il faisait paraître, en 1844, d'importantes *Recherches sur a fréquence du pouls chez les jeunes enfants* (3). Ce mémoire, complétant ce u'il avait exposé dans sa *Clinique sur les maladies des nouveaux-nés*, est, pour les nfants âgés de moins de six ans, ce que le mémoire si intéressant de Leuret et de I. Mitivié, *Sur la fréquence du pouls chez les aliénés*, est pour l'adulte et le vieillard.

Le dernier écrit de Valleix est celui qu'il a rédigé pour la Société médicale d'obervation, qui n'a été publié qu'après sa mort : il a pour titre : *De la coïncidence du humatisme articulaire et des maladies du cœur* (4). Ce travail est basé sur 343 obserations recueillies, pendant leur internat dans les hôpitaux de Paris, par MM. Barth, Barthez, Cossy, de Castelnau, Fauvel et Noël Gueneau de Mussy. C'est un exemple les résultats que pourrait amener le concours du travail, entrepris dans l'esprit de a méthode préconisée par la Société, pour la recherche des faits scientifiques et la érification de leur valeur.

Valleix avait été nommé, au concours, médecin du Bureau central en 1836, au ninimum de l'âge exigé par les règlements. Mais il ne fut placé définitivement dans es hôpitaux qu'en 1845; il fut successivement attaché à la Direction des nourrices, l'Hôtel-Dieu annexe (aujourd'hui hôpital Sainte-Eugénie), à l'hôpital Beaujon et à elui de la Pitié. C'est peu après son arrivée à l'hôpital de la Pitie, en 1852, qu'il uvrit ses conférences cliniques, et qu'il commença à exercer les élèves à l'interrogatoire des malades et à l'étude si difficile du diagnostic. J'ai été souvent témoin de a patience inaltérable avec laquelle il dirigeait ses disciples dans l'examen des maades, à l'aide d'une méthode simple, mais féconde par ses applications. Il leur en appelait journellement les particularités, et, s'il y avait lieu, mettait à redresser eur diagnostic erroné un tact et une bonté qui encourageaient chaque année de noueaux adeptes à se risquer à cet utile exercice pratique (5). Ses leçons cliniques faites l'amphithéâtre péchaient parfois, peut-être, par un peu de froideur dans l'exposiion : mais cela n'empêchait pas les élèves déjà familiarisés avec ces études d'être ses uditeurs les plus assidus et les plus reconnaissants, parce qu'ils comprenaient tout e qu'il y avait là d'exactitude pratique et de positivisme rigoureux.

C'est dans ces conférences qu'il exposa, avec le plus de développement, ses recherches cliniques sur le traitement des déviations utérines à l'aide du redresseur intrautérin (6), Déjà, en 1851, il avait inséré dans le *Bulletin général de thérapeutique*

(1) *Archives de médecine*, 1839, t. VI, p. 129, 265.

(2) *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XI, p. 82 à 192.

(3) *Mémoires de la Société médicale d'observation*. Paris, 1844, t. II.

(4) *Mémoires de la Société d'observation*. Paris, 1856, t. III. p. 1 à 49.

(5) Exercer les élèves à l'interrogatoire et à l'examen des malades est, sans contredit, pour ux, l'enseignement le plus profitable pour la pratique. Malheureusement les jeunes gens éprouent à cet égard une hésitation qu'ils devraient s'attacher à vaincre.

(6) *Des déviations utérines*, leçons cliniques faites à l'hôpital de la Pitié par M. Valleix, reueillies et rédigées par T. Gallard, interne, insérées dans l'*Union médicale*, mai, juin et juillet 852; tirage à part, in-8 de 179 pages.

deux articles sur ce sujet (1), lorsque survint la discussion de l'Académie de médecine, qui arrêta d'abord ses travaux investigateurs (2). Cependant, recherchant avant tout la vérité, appuyant ses convictions premières sur des faits qu'il croyait bien observés, il n'abandonna pas complétement à d'autres la tâche de poursuivre ces intéressants travaux et de résoudre complétement le problème. Comme il était du petit nombre des observateurs auxquels suffisent l'attrait de la science et la satisfaction intérieure qu'elle procure, et qui redoutent plus qu'ils ne désirent tout ce qui peut donner un retentissement ou un éclat prématurés à leurs œuvres, il aurait sans doute, si la mort ne l'avait surpris, continué en silence ses travaux commencés, et plus tard il leur aurait donné toute la publicité nécessaire, très disposé, comme il l'a dit lui-même, à renoncer à ce que les faits lui démontreraient ne pas être la vérité.

Par le fait même de ses qualités solides pour l'observation, Valleix était porté vers la critique médicale, qu'il considérait comme un complément de la méthode numérique, et, avec quelques contemporains éminents, comme une nécessité devant la tendance générale à croire trop facilement dignes de confiance toutes les publications nouvelles. Pour Valleix, la critique n'était donc pas, à beaucoup près, une simple affaire d'écrivain, masquant sous des louanges banales ou des reproches mitigés le vide de ses articles. C'était, selon lui, une chose grave; et il fallait bien qu'il en fût ainsi pour que, pendant environ dix années, à partir de 1836, et au milieu de ses autres travaux, il ait si fréquemment pris la plume, publiant les consciencieux articles critiques que l'on connaît. D'ailleurs les qualités indispensables au vrai critique, juger avec impartialité, dire avec indépendance ce que l'on croit être la vérité, attaquer hardiment l'erreur, en évitant soigneusement toute personnalité blessante, enfin rester calme et digne au milieu des animosités que l'on suscite fatalement autour de soi; ces qualités, Valleix les réunissait toutes. Et c'est avec raison qu'un de ses plus anciens amis et collaborateurs, M. Raige-Delorme, a signalé « son abnégation personnelle dans les discussions, sa bonne foi et son indulgence envers ses adversaires ». Ce n'est pas cependant qu'il ne fût pénible à Valleix, bienveillant comme il l'était, de se trouver exposé aux traits de l'animosité et de l'amour-propre blessé des auteurs dont il discutait les travaux; mais il avait la conscience de ne descendre dans l'arène, comme il le dit quelque part, « que pour défendre les préceptes de la froide raison contre les rêveries de l'imagination ». Et cette conviction lui suffisait.

Avec une connaissance approfondie des travaux contemporains, son esprit, éminemment lucide, avait le don précieux de saisir immédiatement, dans un ensemble, le point principal du sujet, de le dégager de ses accessoires, d'en voir les lacunes et d'en reconnaître les dépendances les plus importantes. Cette appréciation prenait corps dans une exposition si facile, qu'elle semblait couler de source, et la sévérité du raisonnement y égalait la clarté incomparable du style. Les articles critiques de Valleix sont d'ailleurs remarquables par une abondance de preuves et d'aperçus toujours nouveaux, par un soin consciencieux de mettre en relief les parties les plus essentielles des ouvrages à examiner, et enfin par la franchise avec laquelle, lorsque le cas se présentait, les lacunes et les erreurs étaient signalées. Cette franchise a été parfois impitoyable dans l'appréciation de certains ouvrages, où Valleix croyait voir que les faits, loin de servir de base à la déduction des principes, étaient mis en avant pour étayer de prétendues vérités conçues *à priori* en dehors de l'observation.

(1) *Modifications apportées au pessaire intra-utérin, et considérations sur la cure radicale des diverses déviations de l'utérus* (*Bulletin génér. de thérap.*, t. XL). — *Note sur le redresseur intra-utérin et sur son emploi dans le traitement radical du déplacement de la matrice.* (*Ibid.*, t. XLI).

(2) Pour cette discussion, à laquelle prirent part MM. Cruveilhier, Velpeau, Depaul, Piorry, Malgaigne, Huguier, Hervez de Chégoin, Paul Dubois, Cazeaux, Gibert, Amussat, Bonnafont, Ricord, Robert, etc, voyez *Bulletin de l'Académie de médecine*, Paris, 1854, t. XIX, p. 352, 357, 628 et suiv.

Pourtant, dans ces cas, ainsi que dans tous les autres, l'œuvre médicale était seule en jeu.

A mon avis, et sans doute aussi dans l'opinion de ses contemporains, personne n'a donné plus d'élévation à la critique.

C'est dans le *Journal hebdomadaire des sciences médicales*, dans le *Bulletin général de thérapeutique*, dans l'*Union médicale*, et surtout dans les *Archives générales de médecine*, dont Valleix fut longtemps un des principaux rédacteurs, que l'on rencontre ses articles de critique. Il en est beaucoup qui sont des modèles à citer. Et parmi eux je rappellerai sa *Revue des recherches modernes sur les maladies du cœur;* son *Analyse des travaux sur les maladies des reins*, à propos du *Traité des maladies des reins* de M. Rayer; son *Analyse des divers traités relatifs à la méningite cérébro-spinale;* ses comptes rendus de l'ouvrage de Lallemand *Sur les pertes séminales*, des ouvrages de M. Lélut *Sur la phrénologie*, de Parent-Duchâtelet *Sur la prostitution dans la ville de Paris*, de MM. Trousseau et Belloc *Sur la phthisie laryngée*, de M. Louis *Sur la fièvre typhoïde* (2e édit.), de M. Grisolle *Sur la pneumonie*, etc.

Tous ces travaux de critique ont eu évidemment pour but le perfectionnement de l'observation. On peut même dire que tous les écrits de Valleix sont, directement ou indirectement, autant de plaidoyers, pleins de verve et de conviction, en faveur des principes, formulés par M. Louis. Il est facile d'en juger par les quelques citations que nous allons en faire, et qui démontreront la justesse des éloges que nous venons de donner à Valleix considéré comme critique.

On admet généralement que l'observation doit servir de base à la science; mais quelle observation? C'est là le point sur lequel il serait bon de s'entendre, et qui, malheureusement, on ne sait trop comment, est un sujet de divergence parmi les observateurs. On a fait beaucoup de bruit du *non numerandæ, sed perpendendæ observationes* de Morgagni, mais cette proposition ne doit pas s'interpréter de nos jours comme de son temps, ainsi que le démontre parfaitement Valleix.

« M. Lallemand, dit-il, est un des auteurs qui mettent toute la médecine dans les observations. La première épigraphe de ses lettres le prouve : *Ars medica tota in observationibus*, dit-il, avec Fréd. Hoffmann. En cela il sera d'accord avec bien des médecins, et nous nous hâterons de nous joindre à lui Mais le principe n'est rien, la manière de l'appliquer fait tout. C'est là que les dissensions commencent, et lorsque M. L... ajoute ces mots de Morgagni : *Neque enim numerandæ sunt, sed perpendendæ... observationes*, nous ne sommes plus de son avis. Quoi donc, vous voulez tout devoir aux observations, et vous ne voulez pas les compter? Vous les pesez, dites-vous ; mais si l'on vous prouve que cette méthode de compter, dont vous faites si peu de cas, est un des meilleurs moyens de peser les faits, que répondrez-vous? Or, rien n'est plus vrai. Prenons un exemple : Qu'est-ce qu'un signe pathognomonique? C'est celui qui se trouve *toujours* dans une maladie, et *jamais* dans une autre. Qui ne voit déjà que ces mots *toujours* et *jamais*, résultant évidemment d'un calcul réel, quoique fait à notre insu, font toute la valeur de ce signe, et lui donnent un véritable *poids?* Il en est de même pour tous les autres signes, quelque rang qu'ils occupent ; ils ont d'autant plus de valeur qu'on les a *plus souvent* trouvés dans une maladie, et plus rarement dans les autres, ou bien encore qu'ils se sont montrés *plus fréquemment* dans des circonstances particulières. Ce sont là les bases de la pathologie, et jusqu'ici nous ne craignons guère les objections. Mais, qu'on y réfléchisse, l'auteur qui rapportera un nombre très limité de cas méritera-t-il autant de confiance quand il dira : tel symptôme se trouve *toujours* ou *très fréquemment*, que celui qui en présentera un nombre décuple, par exemple? Les observations de ce dernier n'auront-elles pas acquis un nouveau poids par cela seul qu'elles seront plus nombreuses? Il est bien entendu que nous supposons les observations prises avec la même rigueur et la même exactitude; aussi prenons-nous pour devise, avec la Société médicale d'observation : *Perpendendæ et numerandæ*.

» Nous avons insisté sur ce point, parce que, dans ces derniers temps, on s'est beaucoup prévalu de ce mot de Morgagni pour attaquer la méthode numérique. Nous pensons que cette phrase a été mal interprétée. Morgagni écrivait à une époque où les grands recueils d'observations étaient à la mode, on en faisait des volumes énormes; on les rassemblait par décuries, par centuries, etc.; mais tout cela sans ordre et sans choix. Une avide curiosité présidait seule à ces recueils, et les observations bonnes et mauvaises étaient entassées sans examen et sans critique; dès qu'on avait formé une collection bien volumineuse et bien fournie, on croyait avoir fait un bon ouvrage. Il n'est pas étonnant qu'en cet état de choses, Morgagni, frappé surtout de la nullité du plus grand nombre des faits, se soit écrié : *Non numerandæ, sed perpendendæ observationes*. Mais si on ne lui eût présenté que des observations bien faites, bien détaillées et recueillies sans prévention, croit-on qu'il en eût méprisé le nombre? Non, sans doute, et il eût été le premier à dire : *Perpendendæ et numerandæ observationes*. Il faut les peser d'abord, c'est-à-dire, examiner si elles sont prises avec soin, et si tous les détails s'y trouvent, les soumettre en un mot à une critique sévère; car pour faire un travail utile, il ne faut employer que de bons matériaux; ensuite il faut, après les avoir analysées rigoureusement, les compter avec soin, car c'est le seul moyen d'en retirer quelque fruit. La méthode analytique et numérique réunit seule toutes ces conditions (1). »

Lorsque les observations ont été recueillies et rassemblées, leur mise en œuvre par la statistique n'est pas chose indifférente. Certains auteurs, en effet, n'ont pas compris la statistique médicale comme on doit la comprendre, et ils ont publié des travaux qui, loin de démontrer son utilité, semblent au contraire accréditer certaines objections faites à la méthode.

« La méthode numérique compte beaucoup d'adversaires, dit Valleix. Parmi eux, il en est dont la principale objection consiste à dire qu'en médecine, faire de la statistique, c'est rassembler des faits disparates; c'est comparer entre eux des objets qui ne sont pas comparables: c'est remplacer la maladie aux mille formes, aux mille degrés, mobile, changeante, variable, *vivante*, par le chiffre à une seule face, inflexible, immuable, invariable, *mort*. Si ces reproches peuvent s'adresser à quelques travaux de statistique médicale, c'est seulement aux ouvrages semblables à celui que nous avons sous les yeux (2).

» Car on ne devrait pas ignorer que les observateurs qui connaissent la véritable méthode numérique, loin de regarder les faits comme des abstractions immuables, les suivent au contraire dans leurs plus légers changements, descendent dans les plus petits détails, considèrent les objets sous toutes les faces, et ne comparent enfin que lorsque la comparaison est évidemment possible. On a peut-être tort de séparer ces mots *analytique* et *numérique* : les deux devraient toujours marcher ensemble; sans l'analyse, pas de résultat numérique possible. Cette alliance de l'analyse et de la statistique est sans doute sous-entendue par les partisans de la véritable méthode numérique; mais il serait bon que personne ne pût tomber dans l'erreur à ce sujet. Or, c'est ce qui nous paraît être arrivé à M. D... Une masse énorme de faits est présentée dans sa notice, mais l'analyse n'y est point. De sorte qu'après avoir lu tous ces chiffres accumulés, rien de positif ne vous reste dans l'esprit... Cette manière de faire de la statistique médicale pourrait nuire à la véritable méthode numérique, si les bons esprits ne savaient qu'à côté de l'usage, il y a toujours l'abus, et qu'une méthode ne doit être jugée que lorsqu'elle est convenablement appliquée (3). »

Je viens d'essayer de mettre en évidence la valeur des travaux de notre regrettable collègue et de le faire en quelque sorte revivre par ses œuvres dans cette notice. Il

(1) *Journal hebdomadaire*, t. I, p. 290 et 291, *Examen de l'ouvrage de M. Lallemand sur la spermatorrhée.*

(2) *Notice sur la méthode simple antiphlogistique dans le traitement de la syphilis*, par M. D... aîné, chirurgien militaire.

(3) *Journal hebdomadaire*, t. I, 1836, p. 213, 214.

me reste à compléter l'esquisse de sa vie scientifique par plusieurs détails que je ne saurais négliger de rappeler.

Durant son internat dans les hôpitaux, il fut membre de la Société anatomique, dont il devint secrétaire, puis vice-président ; et il eut l'occasion de faire à cette Société plusieurs communications importantes, précedemment rappelées.

Plus tard, il concourut à fonder la Société médicale des hôpitaux. Mais, de tous ses titres, ceux de médecin d'hôpital et de membre de la Société d'observation furent toujours considérés par lui comme les plus précieux ; et, à cet égard, il montrait même un puritanisme qui n'était pas approuvé par tous ses amis.

Deux fois Valleix se présenta au concours de l'agrégation, et deux fois il échoua, par des motifs que je n'ai pas à rechercher (1).

Par ses nombreux travaux, sa droiture scientifique, l'aménité de son caractère, Valleix avait acquis un rang éminent comme observateur et comme praticien. Mais à ce dernier titre, sa position s'était surtout agrandie dans ces dernières années. Jusque-là il avait eu, comme beaucoup de nos célébrités scientifiques, une existence accidentée et parfois éprouvée en ce qui touche le plus directement aux besoins matériels de la vie. Il ne se découragea qu'un instant. Il eut alors l'intention d'aller, loin de la France, chercher une position meilleure, et il aurait exécuté ce projet, sans une honorable amitié qui le retint en soutenant son courage. Mais cette situation difficile n'eut aucune influence sur la vie scientifique de notre collègue. Avant, pendant et après, son travail ne fut pas suspendu. Ce travail, en effet, était incessant et favorisé, comme je l'ai dit, par une haute intelligence (2).

(1) Les deux thèses qu'il eut alors à soutenir avaient pour titre : *La fièvre ou affection typhoïde, et l'inflammation de la fin de l'iléon, sont-elles deux maladies différentes?* 1838.—*Des indications et contre-indications en médecine pratique*, 1844.

(2) Indépendamment des travaux cités précédemment et d'autres d'une moindre importance qu'il serait trop long de rappeler, Valleix a publié, d'après la notice que M. Raige-Delorme a insérée dans les *Archives :*

1° Dans les *Archives générales de médecine*, 1838 : *De la méningite tuberculeuse chez l'adulte ; — Examen de l'ouvrage* de M. Woillez, *Recherches sur l'inspection et la mensuration de la poitrine ; — De la revaccination.*— 1839 : *Considérations sur la fièvre typhoïde, etc.;— Analyse du traité philosophique de médecine pratique* de M. Gendrin ; — *Réflexions sur la pleurésie et l'empyème ; — Recrudescence de l'ontologie médicale ; — Sur l'hémorrhagie des méninges ; — Sur l'éloge de Broussais*, par M. Bérard ; — *Sur le Traité des maladies du cœur*, de M. Pigeaux. — 1840 : *De l'application de la statistique à la médecine*, examen de l'ouvrage de M. Gavarret sur les principes généraux de la statistique médicale. — 1841 : *Sur les lésions anatomiques et la curabilité de la phthisie pulmonaire.* — 1843 : *Revue des derniers travaux sur les maladies syphilitiques ; — De l'hydrothérapie.* 1844 : — *Sur la trachéotomie dans le traitement du croup.*—1846 : *Sur les traités de la pellagre*, de M. Roussel ; — *De la vaccine*, de M. Steinbgenner. — 1847: *De l'hypochondrie*, de M. Michéa. — 1849 : *Du choléra*, de MM. Briquet et Mignot, etc.

2° Dans le *Bulletin général de thérapeutique* de 1843 à 1851 : *Sur le diagnostic et le traitement du croup et du pseudo-croup*, t. XXV ; — *De l'abus des vésicatoires et des sinapismes dans les maladies aiguës ; — Sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement de la gastrite aiguë, de la gastrite chronique et de la gastralgie*, t. XXVII ; — *Sur la maladie désignée sous le nom d'asthme chronique ; — Sur les causes et le traitement de l'œdème de la glotte ; — Sur un cas d'œdème des nouveau-nés traité et guéri par les émissions sanguines*, t. XXVIII ; — *Sur les causes, le diagnostic et le traitement de la glycosurie ou diabète sucré ; — Des pertes séminales involontaires ;—Sur la péritonite chronique et son traitement*, t. XXX ;—*Nouvelles considérations sur la gastralgie chronique et son traitement*, t. XXXIII ; — *Sur l'hydrothérapie et sa valeur thérapeutique*, t. XXXV ; — *Sur la pneumonie des enfants*, t. XXXVI ;—*Sur le traitement de l'œdème de la glotte par la scarification des bourrelets œdémateux*, t. XXXIX.

3° Dans l'*Union médicale*, 1847 : *Action immédiate du sulfate de quinine sur le gonflement*

Valleix était aussi homme de cœur. Toujours disposé à obliger ses amis, il identifiait, en quelque sorte, ses sentiments avec les leurs. Il était inquiet de leurs inquiétudes, triste de leur tristesse, et toujours prêt à tout entreprendre et à tout faire pour y remédier, ou pour chercher, du moins, à tempérer l'amertume de leurs chagrins. Sa famille tout entière, et, parmi ses amis, M. Louis en particulier, en ont eu de touchantes preuves.

L'affection profonde et réciproque que se vouaient depuis si longtemps Valleix et M. Louis était connue de tous. Notre malheureux collègue, se trouvant en proie aux angoisses d'une douloureuse agonie, plaignait M. Louis du nouveau chagrin que sa mort allait lui causer; et M. Louis, Valleix ayant succombé, demanda que le corps de son ami reposât à côté de celui de son propre fils. Ces faits en disent plus sur leur mutuelle amitié que les plus longs commentaires.

La mort de Valleix a été un véritable coup de foudre, tant elle fut rapide.

Dans les premiers jours de juillet 1855, notre infortuné confrère avait donné des soins à un enfant qui succomba à une atteinte de croup, et, les jours suivants, il continuait ses visites à une jeune fille atteinte d'une angine couenneuse qu'elle avait contractée en restant assidûment auprès de cet enfant, lorsque le dimanche, 8 juillet, au matin, Valleix ressentit une légère douleur de gorge. Vers le soir, il survint un malaise croissant et des symptômes généraux graves. Malgré deux cautérisations faites d'abord dans les douze premières heures, malgré le dévouement de l'amitié uni à la science pratique la plus expérimentée, rien ne put conjurer les progrès incessants de la maladie. Un œdème dur de la glotte, étendu rapidement à toutes les parties voisines, compliqua bientôt l'angine couenneuse, et, par sa gravité irrémédiable, devint la maladie principale. Le jeudi 12 juillet, quatre jours seulement après le début, Valleix était dans un état désespéré. Il vit arriver la mort avec un calme stoïque, malgré les souffrances cruelles qu'il endurait, et il succomba le soir du même jour, âgé de quarante-huit ans.

Ainsi finit Valleix, à l'intelligence et au cœur d'élite, esclave et victime de ses devoirs, exemple rare d'un dévouement sans bornes à sa famille, à ses amis et à la science médicale (1).

de la rate, et rapport de ce gonflement avec les accès de fièvre intermittente. 1848 : — *Études statistiques propres à éclairer ces questions : La fréquence proportionnelle, la nature, les principaux caractères des maladies, ont-ils subi, dans le cours des siècles, d'aussi grandes modifications qu'on le prétend ? — Sur la fièvre intermittente chez les jeunes enfants.* — 1852 : Discours d'ouverture du cours de clinique fait à l'hôpital de la Pitié. — 1853 : *De l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin, et en particulier du phlegmon rétro-utérin ; — Relation de l'épidémie de fièvre typhoïde actuelle, et résultats comparatifs du traitement par la saignée initiale et l'eau froide intus et extra ; etc.*

(1) Le croup a fait plus d'une victime parmi les membres du corps médical les plus dignes de l'affection et de l'estime de nos contemporains; le jeune Blache, et tout récemment M. Gillette, médecin de l'hôpital des Enfants, si justement regretté, ont succombé à cette terrible maladie, contractée par eux au lit d'un malade. (*Note des Éditeurs.*)

GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN

LIVRE PREMIER

Fièvres ou pyrexies, et maladies pestilentielles.

Il y a quelques années à peine, il eût semblé ridicule de s'occuper des fièvres. La fièvre n'était plus qu'un symptôme auquel il fallait trouver une lésion correspondante ; on n'admettait pas qu'elle pût constituer une maladie. Aujourd'hui de semblables idées ne peuvent plus avoir cours ; une observation plus exacte que celle à laquelle on s'était livré aux époques antérieures les a détruites complétement. Nous reconnaissons l'existence de fièvres, dont plusieurs ont pour caractères anatomiques des lésions particulières, mais dont quelques-unes n'offrent rien de semblable à notre investigation. Je n'entrerai dans aucune discussion à ce sujet. Je sais qu'on a dit qu'il ne pouvait pas y avoir de symptômes sans lésion d'organe, et que par conséquent on ne saurait admettre de fièvres essentielles. C'est là une subtilité ; du moment que nous ne pouvons d'aucune manière découvrir cette lésion, il faut nécessairement admettre l'existence de quelque chose de plus que ce que nous voyons, d'une action générale qui nous échappe et qui produit la fièvre. Il en est qui ont voulu ne voir dans les fièvres qu'une réunion de lésions de fonctions et d'organes, sans lien commun qui les unisse, sans action générale qui les domine ; cette opinion ne mérite pas d'être discutée sérieusement. Il suffit de voir que chacune des maladies qui constituent les fièvres a une physionomie propre, une marche particulière, une succession de symptômes différente, et de s'assurer que celles qui ont des lésions caractéristiques sont complétement dissemblables les unes des autres sous ce rapport, pour reconnaître combien de telles idées sont erronées. Je ne signalerai pas d'une manière générale les auteurs qui se sont occupés des fièvres ; je les ferai connaître en parlant de chacune de ces maladies en particulier.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

[Les *fièvres*, *fièvres essentielles* ou *pyrexies*, πυρετοι (par opposition au nom de *phlegmasie*, réservé à l'inflammation localisée dans les organes), sont des maladies aiguës, fébriles, à type continu, intermittent ou rémittent, infectieuses ou conta-

gieuses, régnant à l'état sporadique, endémique ou épidémique; caractérisées essentiellement par de l'état fébrile et par la défibrination du sang. Plusieurs espèces de fièvres sont accompagnées de lésions anatomiques; mais, dans aucun cas, ces lésions ne sauraient être considérées comme la cause matérielle et primitive de la maladie.

Les fièvres sont extrêmement communes, et, bien qu'il n'ait pas été fait de statistique complète à cet égard, on peut dire qu'elles forment près de la moitié des cas morbides que les médecins sont appelés à observer.

Les unes sont communes à tous les pays : telles sont la fièvre éphémère, la synoque, les fièvres éruptives, et, selon toutes probabilités, la fièvre typhoïde. D'autres sont particulières à certains pays, hors des limites desquels elles peuvent cependant se propager, comme la fièvre jaune, le typhus fever. Enfin quelques-unes sont absolument limitées à quelques circonscriptions géographiques, où elles trouvent exclusivement les éléments de leur production, comme la fièvre rémittente bilieuse des pays chauds, les fièvres intermittentes, etc.

§ II. — Causes.

La cause première des fièvres semble résider dans une espèce d'intoxication par iculière : les fièvres intermittentes, la fièvre jaune, la fièvre rémittente bilieuse des pays chauds ont pour cause évidente des *effluves végétaux* et *paludéens;* la variole, la rougeole et la scarlatine naissent sous l'influence de *miasmes* ou *virus animaux;* or, tout semble s'accorder à établir que la fièvre typhoïde, le typhus, la peste, etc., reconnaissent aussi pour cause des influences toxiques de ce dernier ordre.

Cependant des circonstances accessoires sont nécessaires pour l'action de ces causes : tels sont la jeunesse, le défaut d'acclimatation, des prédispositions particulier.

On remarque que plusieurs pyrexies ne récidivent pas, comme si la première atteinte morbide avait établi dans l'organisme une préservation particulière.

§ III. — Caractères généraux.

Les fièvres naissent ordinairement sous l'influence de causes extérieures, qui sévissent simultanément sur l'ensemble d'une population. Si ces causes dérivent du sol et de conditions géographiques particulières, la fièvre sera simplement endémique (fièvre intermittente, fièvre jaune). Si elles peuvent être transportées, soit par l'air, soit par les individus malades, la maladie s'étendra, se généralisera, et prendra le caractère épidémique (fièvres éruptives).

Comme les causes des fièvres ne se développent qu'à certaines époques, et ne prennent que par intervalles une grande puissance d'action, les fièvres elles-mêmes ne sévissent pas d'une manière permanente, et elles revêtent, en général, le caractère de grandes ou de petites épidémies.

Les fièvres ont toutes une période d'incubation, à l'exception de la fièvre éphémère. La fièvre est leur caractère constant, bien qu'il puisse momentanément se cacher ou se *larver* sous l'apparence d'un symptôme d'un autre ordre (névralgie,

hémorrhagie, dans les fièvres paludéennes). Les autres symptômes, différents pour chaque espèce, témoignent cependant tous d'une affection générale de l'économie.

Le sang présente une altération constante, qui consiste dans l'abaissement du chiffre de la fibrine.

La marche des fièvres est constamment la même et fatalement déterminée pour chaque espèce. Les périodes se succèdent dans un ordre tel qu'il peut être prévu. Il n'est pas bien certain que la thérapeutique puisse entraver et arrêter leur évolution.

Quelques-unes n'ont pas de lésions anatomiques constantes, d'autres en présentent; mais ces lésions ne sauraient être considérées comme la cause matérielle des accidents.]

§ IV. — Division des fièvres.

On distingue généralement les fièvres en trois ordres : 1° *fièvres continues ;* 2° *fièvres éruptives;* 3° *fièvres intermittentes.* Nous suivrons cette division naturelle.

CHAPITRE PREMIER.

FIÈVRES CONTINUES.

Elles se distinguent des fièvres intermittentes par la continuité de la fièvre, et des fièvres éruptives par l'absence d'éruption importante à la surface du corps.

Nous décrirons les espèces suivantes : la *fièvre éphémère*, la *synoque*, la *fièvre typhoïde*, le *typhus nosocomial* et le *typhus fever*, la *fièvre puerpérale*, la *fièvre jaune*, la *peste* et la *grippe*.

ARTICLE Ier.

FIÈVRE ÉPHÉMÈRE (*courbature*).

La fièvre éphémère, ou courbature, a été connue de tous les temps. C'est une affection commune, très légère, qui n'exige pas de moyens thérapeutiques énergiques, et qui ne demande qu'une très-courte description. M. Davasse (1) a fait de la fièvre éphémère et de la *fièvre synoque* le sujet d'un mémoire intéressant qui me sera utile pour la description suivante.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de *fièvre éphémère* à une maladie caractérisée par un mouvement fébrile survenant brusquement, et disparaissant au bout de vingt-quatre ou de trente-six heures, rarement au bout de trois jours. Dans ce dernier cas, on lui donne le nom de *fièvre éphémère prolongée*.

§ II. — Causes.

Cette affection attaque principalement les *enfants* et les *jeunes gens;* elle se manifeste dans toutes les saisons, mais surtout au printemps.

(1) Thèse. Paris, 1847.

Les *causes déterminantes* les plus manifestes sont, suivant les observations de M. Davasse, qui confirment sous ce rapport ce que nous apprend l'observation journalière : les *exercices violents et inaccoutumés*, les *écarts de régime*, les vives *émotions*, les *plaisirs immodérés*, les brusques *variations de température*, l'exposition au *mauvais temps*, ou bien au contraire à un *soleil ardent*. Il reste à faire un travail rigoureux pour nous apprendre le degré précis d'influence de ces diverses causes.

§ III. — Symptômes.

Dans quelques cas, le *début* est marqué par un léger malaise, un peu de céphalalgie et de lassitude, et quelques horripilations. Plus ordinairement la maladie débute brusquement par ses symptômes caractéristiques, qui sont les suivants :

Il y a un *sentiment de fatigue et de prostration* qui va rapidement croissant. Un brisement plus ou moins marqué se fait sentir dans les lombes et dans les membres. Les mouvements sont douloureux. La pression sur les diverses parties du corps développe une *douleur contusive.*

On observe rarement un *frisson* marqué, mais presque toujours il y a une assez grande *sensibilité au froid.*

Du côté des *voies digestives*, on trouve la *perte de l'appétit*, une *soif* rarement intense. La *langue* est souple, humide, couverte d'un enduit blanchâtre ou jaunâtre. Le *ventre* est indolent, les selles sont naturelles, ou bien il y a une constipation légère.

La *céphalalgie* persiste et est parfois considérable. On note toujours la pesanteur de tête. La *face* reste naturelle, sans hébétude. Les malades sont portés au sommeil. Dans les cas les plus intenses, et surtout chez les enfants, il survient des rêvasseries, et même quelquefois un peu de *délire* la nuit.

La *peau* présente une chaleur assez marquée, mais sans âcreté.

Le *pouls* est fréquent, plein, fort et régulier.

Cet état persiste pendant un temps qui varie de douze à trente-six heures, et, ainsi que je l'ai dit plus haut, dans quelques cas il se prolonge pendant deux ou trois jours. Plus ordinairement après un sommeil profond, les malades se trouvent guéris, *sans convalescence.* Quelquefois néanmoins il reste un léger sentiment de fatigue.

A la fin de la maladie, on voit survenir fréquemment soit une moiteur marquée, soit une *sueur* assez abondante ; quelquefois c'est une épistaxis ; et ordinairement on voit apparaître au pourtour des lèvres un *herpès* remarqué par le vulgaire, qui dit que la *fièvre sort.* Cet herpès peut se montrer également au pourtour de la vulve, de l'anus et du prépuce. On a regardé ces symptômes comme des *crises.* Cette opinion peut se soutenir quant aux deux premiers ; mais relativement à l'herpès, on ne peut guère voir dans son apparition qu'une conséquence pure et simple de la maladie.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Dans la description précédente, j'ai indiqué la *marche* et la *durée* de la maladie ; quant à la *terminaison*, elle est constamment heureuse. Cette affection peut se montrer très fréquemment chez le même individu.

§ V. — Traitement.

Le traitement est des plus simples : quelques *boissons acidules ;* un léger *laxatif,* s'il y a de la *constipation ;* tenir les malades au lit, dans un lieu tranquille, et à une *température douce ;* faire observer la *diète :* tels sont les seuls moyens thérapeutiques à mettre en usage. Dans les cas un peu intenses, on peut donner quelques *calmants* ou quelques *antispasmodiques.*

ARTICLE II.

FIÈVRE SIMPLE CONTINUE (*synoque*).

L'étude de cette fièvre a été un peu négligée dans ces vingt dernières années ; toutefois il ne faut pas croire, comme le pense M. Davasse, que c'est parce que son existence était méconnue de tout le monde. La cause en est uniquement dans la bénignité très grande de la maladie, qui a fait que ceux même qui avaient fixé leur attention sur elle se bornaient à la signaler comme ne devant pas être confondue avec la fièvre typhoïde ; mais il est très vrai qu'un assez grand nombre de médecins prenaient la fièvre simple continue pour une fièvre typhoïde légère, ce qui avait un très grand inconvénient pour la thérapeutique : car les cas de ce genre, se glissant dans les statistiques, faussaient nécessairement les résultats. Sous ce rapport, M. Davasse a rendu un vrai service à la science en insistant sur ces faits trop superficiellement observés, et en traçant une bonne description de la maladie ; mais il faut prendre garde que l'esprit de réaction contre la doctrine physiologique ne nous entraîne trop loin, et ne nous fasse accuser à tort le présent au profit du passé.

A l'époque où régnait la doctrine physiologique, on traitait de chimère cette fièvre simple ou synoque. Vers la fin de cette époque, on voulut rattacher son existence à la doctrine de l'inflammation, en admettant, dans les cas de ce genre, une phlogose de la membrane interne des vaisseaux et du cœur. C'étaient là des opinions qu'on ne pouvait soutenir. Lorsque M. Louis nous eut donné ses *Recherches* sur la *fièvre typhoïde*, lorsqu'il nous eut fait connaître avec la plus grande précision cette maladie si difficile à étudier, on put d'une manière assurée tracer les limites de la fièvre simple continue, et indiquer le point où elle finit et où la fièvre typhoïde commence. M. Louis (1) se borna à signaler les faits de ce genre qu'il fallait distinguer de la fièvre typhoïde, et dans toutes ses statistiques (2) il les mit soigneusement de côté. D'autres auteurs imitèrent son exemple ; cependant ce n'était pas assez, et les observations de M. Davasse sont venues compléter nos connaissances sur ce point. Mais, suivant cet auteur, la fièvre simple continue, la synoque (c'est la dénomination qu'il adopte) était connue des anciens, qui la distinguaient parfaitement de la fièvre typhoïde. Or c'est là qu'est l'exagération. Il ressort en effet très clairement des descriptions que les anciens nous ont données, qu'ils devaient presque nécessairement confondre la fièvre synoque avec la fièvre typhoïde légère, et même que plusieurs auteurs parmi les plus célèbres ne la dis

(1) *Recherches sur la fièvre typhoïde*, 2ᵉ édit. Paris, 1841, t. II, p. 418.
(2) Barth, *Presse médicale*, 1837.

tinguaient pas bien de la fièvre typhoïde dans ses formes les plus graves. Je prends pour exemple Borsieri. Cet auteur admet une fièvre synoque sudatoire, maligne, pure, impure, compliquée, cholérique, etc. Ne voit-on pas, par cette seule énumération, que Borsieri rangeait dans la fièvre synoque des maladies très diverses? On pourrait en dire autant de tous les autres auteurs.

Que faut-il conclure de ce qui précède? Je ne crains pas de le dire : c'est que, pour ce qui concerne les fièvres continues simples, la fièvre typhoïde et le typhus, il faut rompre complétement avec le passé; il faut le reléguer dans le domaine de l'histoire, et ne s'en rapporter qu'aux observations prises depuis que nos connaissances sur la fièvre typhoïde sont devenues suffisantes. Comment, en effet, pourrions-nous avoir confiance dans des assertions qui reposent nécessairement sur un grand nombre d'erreurs de diagnostic? La confusion qui régnait sur ce point de pathologie n'était-elle pas assez grande pour que Pinel, qui assurément connaissait les auteurs des siècles derniers aussi bien que nous pouvons les connaître, ait décrit les fièvres ataxiques, adynamiques, etc., sur des cas de pneumonie observés à la Salpêtrière? Ne l'était-elle pas assez pour que Broussais, qui avait vu vaguement que le tube gastro-intestinal présentait des lésions essentielles, ait pu un moment ébranler toutes les croyances, et pour que les médecins les plus imbus du passé n'aient trouvé rien de satisfaisant à répondre? Reconnaissons donc que, tant qu'on n'a pas pu dire d'une manière positive ce qu'était et ce que n'était pas la fièvre typhoïde, affection qui comprend la fièvre putride, adynamique, ataxique, en un mot, les *fièvres graves*, on n'a pu avoir que des connaissances vagues, incertaines, et l'on n'a pu tracer l'histoire de ces maladies d'après nature. Or, cette condition essentielle manquant, comment toute la sagacité, tout le savoir du monde, auraient-ils pu y suppléer?

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La fièvre simple continue est une affection qui, comme son nom l'indique, ne présente aucune lésion locale appréciable, et est uniquement caractérisée par les symptômes qui constituent l'état fébrile.

On l'a décrite sous un grand nombre de dénominations, qui, pour la plupart, ainsi que nous venons de le voir, ne se rapportent pas à un état morbide bien déterminé. Les principales de ces dénominations sont les suivantes : *synoque* (synochus) *non putride*, *synoque simple*, *synocha*, *fièvre aiguë simple*, *fièvre hebdomadaire*, *fièvre inflammatoire simple*, *continue*, *dépuratoire*, *continente*, *inflammatoire simple*, *fièvre angioténique*, *fièvre gastrique*, *gastro-céphalique*, etc. La dénomination de *fièvre simple continue*, qu'employait Boerhaave, me paraît la plus convenable.

Cette affection n'est pas rare : on en trouve des exemples plus fréquents dans la pratique ordinaire que dans les hôpitaux; non que les classes qui remplissent les hôpitaux en soient exemptes, mais parce que, l'affection étant très légère, elle n'oblige pas à entrer à l'hôpital.

§ II. — Causes.

Les causes sont à peu près les mêmes que celles de la fièvre éphémère, autant du moins qu'on en peut juger par les recherches peu rigoureuses qui ont été faites

sur ce point. Ainsi on observe le plus souvent cette maladie chez les *enfants* et les *jeunes adultes* d'une *bonne constitution*, quoiqu'on n'en soit pas complétement exempt dans d'autres conditions. Elle se montre principalement au *printemps*, mais elle n'est pas très rare en été et en automne. On la voit apparaître après les *grandes fatigues*, les *excès*, la *suppression d'un flux habituel*, un *brusque refroidissement*; parfois elle survient sans cause appréciable.

On a décrit une fièvre simple *épidémique*. Il n'est pas bien certain qu'elle puisse avoir ce caractère. M. Davasse a cité à ce sujet une relation de Storck qui n'est pas tout à fait convaincante.

L'étiologie de la fièvre simple continue, comme celle de la fièvre éphémère, a grand besoin de recherches plus précises que celles qu'on a faites jusqu'à présent.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de cette maladie, fort bien décrits par M. Davasse, ressemblent beaucoup à ceux d'une fièvre éphémère; ils ont seulement un peu plus d'intensité et plus de persistance, et en outre il en survient quelques-uns qui ne se trouvent pas dans la fièvre éphémère, et qui méritent d'être mentionnés.

Dans le plus grand nombre des cas, la fièvre continue simple, comme la fièvre éphémère, *débute sans prodromes* : elle surprend les sujets dans le meilleur état de santé; quelquefois néanmoins les symptômes caractéristiques de la maladie sont précédés d'un état de malaise vague, de lassitude et d'anorexie. Cet état incertain est de courte durée.

Le *début* le plus fréquent de cette affection est rarement marqué par un *frisson* prononcé; plus souvent il y a simplement quelques légers frissonnements erratiques, une certaine sensibilité au froid; mais plus souvent encore la maladie commence par la céphalalgie, l'abattement et la chaleur. Quand la maladie est confirmée, on observe les symptômes suivants.

Symptômes de la maladie confirmée. — La *céphalalgie* est un des principaux; les malades s'en plaignent beaucoup, et elle va croissant les deux ou trois premiers jours. Elle occupe toute la tête, mais principalement la partie antérieure. La *prostration* est notable, mais beaucoup moins que dans la fièvre typhoïde. On observe le *brisement des membres* et des lombes, comme dans la fièvre éphémère. Il n'y a *pas d'hébétude*, ni de lenteur marquée dans les mouvements. Lorsqu'on interroge les malades, ils répondent promptement et avec justesse : leur *intelligence* est nette; seulement ils sont *portés au sommeil* pendant la journée, tandis que la nuit il y a parfois un peu d'*agitation* avec *quelques rêvasseries*, mais rarement de l'insomnie, et plus rarement encore un léger délire.

Du côté des *voies digestives*, on observe une anorexie complète; la bouche est pâteuse, souvent amère; la soif un peu augmentée; la langue est souple, humide, couverte d'un enduit blanc jaunâtre, parfois un peu rouge à la pointe. Des *vomissements* alimentaires d'abord, puis bilieux, ont lieu dans quelques cas au début; un peu plus souvent on les voit survenir au bout de deux ou trois jours. Le *ventre* est presque toujours à l'état normal; quelquefois on trouve un peu de gargouillement sous la pression dans l'une ou l'autre fosse iliaque, sans douleur. Il existe généralement une *constipation* peu opiniâtre; parfois les malades rendent des selles rares

et décolorées; plus rarement il y a quelques selles liquides. Les douleurs épigastriques et le météorisme, qu'on a quelquefois observés, sont des symptômes qui se montrent avec une faible intensité.

Les *urines* sont rouges et foncées; vers la fin de la maladie, on y trouve ordinairement un énéorème qui tend à gagner le fond du vase.

La *chaleur de la peau* devient de plus en plus élevée; elle est ordinairement halitueuse, parfois sèche, mais sans âcreté. Assez fréquemment on voit apparaître sur la peau des *taches* qui méritent une mention particulière; M. Forget les avait remarquées, et M. Davasse a insisté sur leur description.

Ce sont des *taches bleuâtres*, ardoisées, peu foncées, en général arrondies, sans saillie, d'un demi-centimètre à un centimètre de diamètre; se touchant rarement, ne disparaissant pas par la pression; occupant principalement le ventre et la partie supérieure des cuisses, et durant un septénaire environ.

Ces *taches bleues* appartiennent-elles uniquement à la fièvre simple continue? C'est ce que j'examinerai plus loin (1).

La *face* offre parfois une légère coloration jaunâtre, un aspect bilieux.

Enfin le pouls est plein, fort, vibrant, mais sans dureté et très régulier; il s'élève jusqu'à 90, 100 et 110 pulsations.

Telle est la description de la fièvre simple continue. Je l'ai empruntée en grande partie à M. Davasse, qui a le mieux étudié la maladie; mais je ne me dissimule pas que des recherches plus étendues et une bonne statistique lui donneraient une précision beaucoup plus grande.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de la maladie est aiguë et continue; mais il est ordinaire de voir vers le soir une exacerbation de tous les symptômes.

La *durée* la plus ordinaire est de sept à huit jours; cependant la guérison peut survenir dès le quatrième jour. La *terminaison* est constamment heureuse. *Il n'y a pas de convalescence.* La guérison se déclare après une nuit passée dans un bon sommeil. Fréquemment elle est précédée d'une sueur plus ou moins abondante; parfois ce sont des vomissements spontanés ou des évacuations alvines. Dans quelques cas, les malades sont pris d'une épistaxis, ou d'un flux utérin, ou hémorrhoïdal. L'*herpes labialis* se remarque encore à la suite de cette maladie, mais moins fréquemment qu'à la suite de la fièvre éphémère. Dans quelques cas, on observe des éruptions érythémateuses peu importantes. Faut-il voir, avec M. Davasse, des *crises* dans tous ces phénomènes? Relativement aux éruptions, je ne le pense pas. Quant aux sueurs, aux évacuations, aux flux sanguins, cette manière de voir est plus admissible; mais il serait utile qu'on fît de nouvelles recherches dans ce sens.

Un des caractères les plus importants à noter, c'est que la fièvre simple continue peut se *produire plusieurs fois* chez le même sujet. M. Davasse a cité plusieurs exemples de cette reproduction plus ou moins répétée. Nous verrons, lorsqu'il s'agira du *diagnostic de la fièvre typhoïde*, combien ce fait a d'importance.

Fièvre à rechute (*relapsing fever*). — En Angleterre et en Écosse, on a décrit récemment, sous le nom de *fièvre à rechute* (*relapsing fever*), une affection que

(1) Voy. article *Fièvre typhoïde*, diagnostic.

nous avons bien rarement occasion d'observer en France, et qui ne me paraît être qu'une variété de la fièvre continue simple. En voici la description sommaire, telle que l'a tracée M. Jenner (1) :

Frissons soudains, céphalalgie, peau chaude et sèche, langue blanche, urine fortement colorée, selles régulières, vomissements rares ou fréquents, perte de l'appétit, aucun phénomène anormal du côté du ventre.

Quand la maladie est plus violente, jaunisse, sueurs profuses vers le septième jour, suivies d'une apparente guérison ; puis, au bout de cinq à huit jours, rechute, retour des premiers symptômes avec une intensité moindre ou plus grande ; nouvelle terminaison par les sueurs, et alors convalescence définitive.

Il y a quelques années, à l'hôpital Sainte-Marguerite, j'ai vu un cas dans lequel les choses se sont passées de cette manière ; seulement il n'y avait pas de jaunisse ; mais je crois que, par ce mot, il faut entendre l'état bilieux que l'on observe parfois dans la fièvre continue simple, à laquelle, je le répète, cette variété me paraît devoir être rattachée.

§ V. — Lésions anatomiques.

Aucune lésion particulière ne peut être attribuée à la fièvre simple continue ; l'existence de l'*angiocardite*, qu'on a invoquée pour localiser la maladie, est une pure hypothèse, uniquement fondée sur des idées théoriques.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

La confusion de la fièvre simple continue avec la fièvre typhoïde n'est pas la seule qui soit à craindre au début de la maladie ; on sait, en effet, qu'on peut croire aussi à l'invasion d'une phlegmasie quelconque ou d'une fièvre éruptive ; mais c'est la seule qui ait des conséquences fâcheuses, si après quelques jours on persiste dans l'erreur où une certaine similitude de symptômes a pu vous faire tomber. On le comprendra sans peine, quand on saura que, d'une part, on peut appliquer à la fièvre simple continue un traitement beaucoup plus énergique que cette affection ne le réclame, et que, de l'autre, en voyant céder promptement une affection qu'on a prise pour la fièvre typhoïde, on peut attribuer à certains médicaments une efficacité qu'ils n'ont pas réellement. Ce diagnostic est donc très important ; mais, me proposant de le présenter avec détail dans l'histoire de la *fièvre typhoïde* (2), je ne l'aborderai pas ici.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de la fièvre simple continue est tout aussi simple que celui de la fièvre éphémère. Si la céphalalgie était très intense, la chaleur très élevée, le pouls très fort, on pourrait pratiquer une *saignée générale*, ou appliquer quelques sangsues au siége, ou derrière les oreilles ; mais le plus souvent le repos, une boisson tempérante, de légers laxatifs et la diète suffisent.

(1) *On the identity or non-identity of typhoid fever*, etc. London, 1850.

(2) Voy. article III, page suivante.

ARTICLE III.

FIÈVRE TYPHOÏDE.

Avant d'entrer en matière, je dois répéter la proposition que j'ai émise en parlant de la fièvre éphémère. Si l'on veut sortir du vague et de la confusion, il faut nécessairement, en médecine pratique, laisser de côté tout ce qu'on a pu dire sur les fièvres graves avant ces vingt dernières années. J'hésite d'autant moins à me prononcer ainsi, qu'on ne peut pas me supposer l'intention de renier systématiquement le passé, puisque dans cet ouvrage je lui ai toujours fait une si grande part; je la lui aurais faite encore ici, s'il ne me paraissait pas absolument impossible, dans le cas dont il s'agit, de lier le passé au présent.

Mais on me demandera peut-être si je pense que jusqu'à nous on a complétement méconnu l'affection qui nous occupe, et si je n'admets pas que, sous d'autres dénominations, on en ait tracé des descriptions plus ou moins complètes. Telle ne saurait être ma pensée. On n'a, en effet, qu'à parcourir les historiques présentés par plusieurs auteurs récents, et notamment celui de M. Forget (1), pour s'assurer que, dès la plus haute antiquité, on avait remarqué, noté, décrit un certain ensemble de symptômes qui se rapportent plus ou moins bien à la fièvre typhoïde telle que nous la comprenons aujourd'hui; et tout le monde sait que, dans les deux derniers siècles, les fièvres, les typhus, et surtout leurs diverses formes, ont été l'objet des plus nombreux écrits. Mais on ne doit pas poser la question dans ces termes, et c'est pour l'avoir fait que les auteurs estimables, auxquels nous devons les travaux les plus récents sur la fièvre typhoïde, se sont trouvés, dans leurs descriptions, embarrassés par d'anciens souvenirs.

Voici ce qu'il faut se demander. Malgré tous ces travaux, toutes ces observations, savait-on que les fièvres graves sont une seule et même maladie, qui a une marche particulière qu'on peut parfaitement suivre à travers les variations qu'elle présente, et qui offre à l'autopsie des lésions caractéristiques? Si l'on ne le savait pas, pouvait-on distinguer la fièvre typhoïde de toutes les affections qui présentent un certain ensemble de symptômes auquel on a donné le nom d'*état typhoïde?* Si l'on ne pouvait pas établir cette distinction, et si, en outre, on subdivisait, pour ainsi dire, la maladie presque à l'infini, faisant, de chaque forme que l'on croyait observer, une maladie particulière, que devenaient le diagnostic et le pronostic, et surtout quelles expériences thérapeutiques pouvait-on tenter? quelles conclusions rigoureuses pouvait-on tirer de l'application des divers moyens de traitement?

En la posant ainsi, la question devient des plus simples, et tout le monde conviendra que, quelle que pût être la sagacité de nos devanciers, ils manquaient de trop d'éléments pour nous donner une bonne pathologie de la fièvre typhoïde. Ils nous avaient laissé, il faut en convenir, autant à faire que s'ils n'avaient rien fait, plus peut-être, car il est plus difficile de déraciner des erreurs que de faire adopter des vérités. C'est aux travaux, si justement admirés, de M. Louis (2) que nous

(1) *Traité de l'entérite folliculeuse*. Paris, 1841.

(2) *Rech. anat. path. et thérap. sur la maladie connue sous les noms de gastro-entérite*, etc., 1re édit., Paris, 1831, et 2e édit., Paris, 1841.

rons d'être enfin sortis du vague et de l'incertitude dans lesquels nous étions stés; ce sont ces travaux qui ont fait faire à la pathologie un pas immense. Que n compare, pour s'en assurer, les opinions que l'on professait sur les fièvres avant pparition de ses recherches, avec celles que tout le monde professe aujourd'hui, l'on sera forcé de reconnaître ce grand progrès.

Après ce que je viens de dire, l'historique que j'ai à présenter se trouve très nplifié; il se résume, en effet, dans les propositions suivantes. Dans l'antiquité, notions sont tellement vagues et incertaines, qu'on ne sait si les fièvres contis décrites par les premiers médecins diffèrent ou ne diffèrent pas des nôtres. puis le XIII[e] siècle jusqu'à nous, et principalement vers la fin du dernier siècle, scription de la maladie, plus ou moins exacte dans ses formes graves; relations pidémies dans lesquelles le diagnostic n'est pas toujours certain; presque tours la croyance que chaque nouvelle épidémie est due à une maladie nouvelle; ision de l'affection en plusieurs affections particulières; de loin en loin, indica- de lésions qu'on rapportait à des cas particuliers, et qui étaient fort mal crites (Fracastor, Willis, Lecat). Plus tard, des études plus précises furent tes, et il faut citer en première ligne celles de Prost (1), auxquelles il a néanoins manqué la méthode et la précision; études qui ont laissé les médecins dans un vague que, quelques années après, Petit et M. Serres (2) crurent avoir trouvé e maladie toute nouvelle et différente des fièvres, parce qu'ils avaient rencontré s l'intestin les ulcères signalés par Prost.

Je ne ferai que mentionner ici les opinions de Broussais; elles sont dans la moire de tout le monde. Faire des fièvres graves une inflammation gastro-intesale plus ou moins intense, mais toujours une inflammation pure et simple, tel l'objet de ses efforts. Il ne vit dans les fièvres qu'une exaspération de la phlegsie ordinaire des intestins : erreur profonde, mais si bien soutenue, qu'elle duisit beaucoup de médecins, que les adversaires de la doctrine de Broussais ne aient comment la combattre, et qu'elle ne pouvait être détruite que par les ultats d'une observation sévère, persistante, complète : résultats qui n'existaient lle part.

Pour montrer combien, quoi qu'en aient dit certains auteurs, étaient encore gues nos connaissances aux époques que je viens de signaler rapidement, il suffit faire remarquer que la discussion ne portait que sur des fièvres très graves, sur s fièvres qui entraînaient très fréquemment la mort; que les fièvres typhoïdes ères, si bien diagnostiquées aujourd'hui, étaient complétement méconnues, et 'on n'eût trouvé que des incrédules si l'on avait pu dire, à l'époque où écrivait ost, comme à celles où Petit, M. Serres et Broussais soutenaient leurs opins, que dans ces fièvres typhoïdes à symptômes si légers, qu'ils ne sont remarables que par leur durée, il existe les mêmes ulcères que dans les fièvres ataxis et adynamiques les plus intenses. N'est-ce pas là un argument sans réplique? peut-on regarder une maladie comme connue lorsqu'on n'en diagnostique que cas intenses, et surtout quand ce diagnostic doit être nécessairement erroné ns un très grand nombre de cas?

(1) *Médecine éclairée par l'observation et l'ouverture des corps*. Paris, 1804.
(2) *Traité de la fièvre entéro-mésentérique*. Paris, 1813.

M. Bretonneau (1) compara le gonflement des glandes de Peyer et les ulcères qui lui succèdent à l'éruption de la *variole;* mais cette comparaison, très hasardée, ne le conduisit pas à reconnaître le rapport précis des lésions et des symptômes dans les fièvres. La question n'avança pas.

Enfin voici une dernière preuve que la maladie était fort mal connue, et que son diagnostic était extrêmement incertain : ne croyait-on pas à l'existence d'une fièvre *grave ataxique*, *adynamique*, etc., en un mot d'une de ces fièvres que nous voyons toutes réunies dans la fièvre typhoïde, dès que la langue se séchait, que les dents s'encroûtaient, que le mouvement fébrile prenait une certaine intensité? Ne croyait-on pas qu'une de ces fièvres était survenue lorsque ces phénomènes se produisaient dans le cours d'une phlegmasie quelconque? Et comme conséquence de cette croyance, n'était-il pas admis que les phlegmasies se compliquaient fréquemment de fièvre ataxique, putride, adynamique, etc.? Or, nous savons aujourd'hui que si la fièvre typhoïde se produit dans le cours d'une phlegmasie, c'est un cas tellement exceptionnel, qu'on aurait peine à en trouver un seul exemple; et il est évident que l'on regardait comme des phénomènes caractéristiques les symptômes communs de la fièvre typhoïde et des phlegmasies, symptômes exprimant la plus ou moins grande violence du mouvement fébrile.

M. Louis, en disant comme résultat général de ses recherches : « *Les fièvres continues, quelle que soit leur forme, constituent toutes une seule et unique affection* (2) *qu'on* d i s t i n g u e *sous le nom d'*affection *ou de* fièvre typhoïde, » a définitivement résolu cette grande question. Quant aux preuves qu'il a apportées en faveur de sa proposition, elles abondent dans son ouvrage, que tout le monde aujourd'hui regarde comme un des plus importants de notre époque médicale.

Chomel (3) a ensuite exposé, avec son talent bien connu, les résultats obtenus par M. Louis; puis ont paru de nombreux tableaux qui ont jeté quelque lumière sur certains points de l'histoire de la fièvre typhoïde. Je citerai ceux de MM. Andral, Bouillaud, Forget, et ceux de MM. Taupin, Barthez et Rilliet, pour les fièvres typhoïdes des enfants, etc., etc.

Après ce que je viens de dire, on comprendra que, pour donner une bonne description de la fièvre typhoïde, il me suffira de résumer l'ouvrage de M. Louis, en y ajoutant quelques détails empruntés aux observateurs récents, et qui portent sur des points secondaires.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La fièvre typhoïde est une affection fébrile aiguë qui se développe soit spontanément, soit par contagion, qui a une marche particulière, qui n'attaque pas la vieillesse, qui ne se manifeste presque jamais qu'une seule fois dans la vie, et qui a pour caractère anatomique essentiel une altération particulière des glandes de Peyer.

(1) Trousseau, *De la maladie à laquelle M. Bretonneau a donné le nom de dothinentérie ou dothiénentérite* (*Arch. de méd.*, 1826, t. X, p. 67, 169).

(2) On a vu, dans les deux articles précédents, qu'il faut, et M. Louis le reconnaît lui-même dans son ouvrage, faire une exception en faveur de la fièvre éphémère et de la fièvre simple continue; mais je n'ai pas cru devoir changer pour cela cette proposition générale qui résume si bien la discussion.

(3) Voy. Genest, *Leçons sur la fièvre typhoïde par M. Chomel*. Paris, 1834.

J'ai réuni dans cette définition les principaux caractères de la fièvre typhoïde; je montrerai, dans la description qui va suivre, toute son exactitude.

Les dénominations sous lesquelles on l'a décrite plus ou moins approximativement sont extrêmement nombreuses; les principales sont : *Causus*, *phrenitis*; *febris ardens*, *continua*, *nervosa*, *mesenterica*, *petechialis*; *typhus*; *fièvre putride*, *ataxique*, *adynamique*, *nerveuse*, *angioténique*, *méningo-gastrique*, *adéno-méningée*; *fièvre entéro-mésentérique*, *dothiénentérie*, *entérite folliculeuse*, *entéro-mésentérite typhoïde*; *fièvre des camps*, *des prisons*, etc.

La grande fréquence de la fièvre typhoïde ne fait aucun doute pour personne, aujourd'hui que les cas les plus légers sont facilement reconnus.

Dans un travail fort intéressant sur l'étiologie de cette maladie, M. Marc d'Espine (1) a fait voir combien cette fréquence peut varier d'une année à l'autre. Il a trouvé que, dans le canton de Genève, il y a eu des années où le nombre des décès causés par cette maladie a été seulement de 20 pour 1000, tandis que dans sept autres années il a été beaucoup plus élevé et jusqu'à 64 pour 1000.

§ II. — Causes.

Les causes de la fièvre typhoïde sont difficiles à étudier; aussi n'avons-nous encore, sur plusieurs points de son étiologie, que des données incertaines; mais, sur d'autres, nous avons des recherches précises dont je vais donner le résultat.

1° Causes prédisposantes.

Age. — Au-dessous de l'âge de deux ans, la fièvre typhoïde paraît fort rare; cependant, depuis que les médecins qui s'occupent des maladies des enfants en étudient les symptômes avec beaucoup de soin, on a signalé un certain nombre d'exemples de cette maladie dans les premiers mois de la naissance. MM. Manzini (2) et Charcellay (3) ont cité deux cas de fièvre typhoïde *congénitale*. MM. Rilliet, Marc d'Espine, Bricheteau, Abercrombie, ont vu la fièvre typhoïde se manifester chez des enfants âgés de sept à vingt-deux mois. Pour ma part, j'ai observé cette maladie chez un enfant de trois mois et demi, qui a guéri, et chez un autre de vingt-trois mois, qui a succombé. Ce qui fait peut-être que l'on n'a pas signalé un plus grand nombre de ces cas, c'est que l'observation est très difficile chez les enfants âgés de moins de deux ans, et que les cas de fièvre typhoïde de faible intensité sont en particulier très obscurs. Cependant, en considérant les faits sous un autre point de vue, on a trouvé que la fréquence de cette maladie doit, selon toutes les probabilités, être beaucoup moins grande dans les deux premières années de l'existence que dans celles qui suivent; cette fréquence va, en effet, en augmentant sensiblement. Ainsi, de deux à cinq ans, elle est encore peu considérable; de cinq à huit ans, elle s'accroît notablement; elle augmente encore beaucoup de huit à quatorze ans; et enfin, d'après les relevés de MM. Louis, Chomel, Lombard et Fauconnet, c'est de dix-huit à trente ans qu'on est le plus exposé

(1) *Notice étiologique sur l'affection typhoïde* (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1849, t. XIX, p. 129, 423).
(2) *Académie de médecine.*
(3) *Arch. gén. de méd.*, 3e série, 1840, t. IX, p. 65.

à être atteint de la fièvre typhoïde. Il est une autre circonstance, relative à l'âge, qui ne mérite pas moins d'être signalée : c'est que, après l'âge de cinquante ans, la maladie devient tellement rare, que les exemples qu'on en a cités peuvent être regardés comme de véritables exceptions, d'autant plus que, même parmi ces exemples, il en est quelques-uns qui sont contestables. Il résulte même des recherches faites dans les épidémies, que la fièvre typhoïde, qui acquiert alors une plus grande violence, et qui pourrait bien, sans que la règle fût changée, se montrer, en pareil cas, hors des limites d'âge que nous venons de lui assigner, respecte néanmoins les vieillards, sauf quelques rares exceptions (1).

Sexe. — L'influence du sexe est moins bien déterminée. M. Louis ne se prononce pas à ce sujet; MM. Barthez et Rilliet, Taupin, Barrier, ont trouvé, parmi les individus atteints, un plus grand nombre de garçons que de filles.

Les faits cités par M. Marc d'Espine (2) sont les plus concluants, et tendent à prouver que les hommes sont plus prédisposés à la fièvre typhoïde que les femmes.

Constitution, tempérament. — La mortalité étant la même, proportion gardée, chez les sujets forts et chez les sujets faibles, M. Louis en conclut que la constitution n'a qu'une influence au moins très limitée. Quant au tempérament, nous n'avons aucune donnée satisfaisante à cet égard.

Rien, comme le fait remarquer M. Louis, ne prouve que les *chagrins*, l'*excès de travail* ou les *excès de boisson* aient une action marquée sur l'apparition de cette maladie. Le nombre des sujets qui se trouvaient dans ces conditions était, en effet, dans une proportion minime. Il en est de même de la *mauvaise nourriture*, de l'*usage d'aliments gâtés* ou de *boissons corrompues*, qui, d'après quelques observations (Letenneur, cité par M. Louis) et certaines expériences (Gaspard), seraient, au contraire, des causes très puissantes. Il est facile de se convaincre que les premières ne sont que de simples coïncidences, et que les secondes n'ont produit que des états morbides qui sont bien loin d'être identiques avec la fièvre typhoïde. La même remarque s'applique à la *défibrination du sang*, produite par Magendie dans ses expériences.

Changement d'habitudes, séjour à Paris. — Il est très remarquable que presque tous les cas observés dans les hôpitaux de Paris se montrent chez des sujets qui habitent cette ville depuis peu de temps (de quelques mois à un an); et, ce qui ne l'est pas moins, c'est que moins le séjour des sujets à Paris avait été long, plus la mortalité chez eux était grande. Voilà un fait bien digne d'être noté. Maintenant on peut admettre que le changement de nourriture, un logement dans des conditions nouvelles, des travaux plus pénibles, et aussi les regrets et les ennuis, sont les auxiliaires principaux de cette grande cause; mais, ainsi que nous l'avons vu plus haut, la démonstration n'est ni facile ni établie, et nous ne pouvons encore nous prononcer sur ce point. Ne pourrait-on pas penser que la contagion est pour quelque chose dans cette fréquence de la maladie qui nous occupe, chez des sujets qui vivent pour ainsi dire pêle-mêle? Il est fâcheux que nous n'ayons pas, sur le développement de la fièvre typhoïde dans les autres grandes villes, des documents aussi précis que ceux que nous ont fournis les médecins observant à Paris.

(1) Voy. Putégnat, *Mém. sur la dothiénentérie* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. II, p. 853; — *Gaz. méd.*, novembre 1838, p. 710).

(2) *Loc. cit.*

Saisons. — Les faits recueillis, au point de vue de l'influence des saisons, ne sont pas assez nombreux pour qu'on ait pu arriver à un résultat définitif. Suivant MM. Lombard et Fauconnet, la plus grande fréquence de la fièvre typhoïde a lieu en automne. D'après les recherches de Chomel, cette maladie serait plus fréquente dans les mois où règnent les froids que dans les mois chauds; tandis que M. Forget a, d'après les faits qu'il a observés, classé ainsi les saisons, sous le rapport de la fréquence de la maladie : automne, été, printemps et hiver (1). Il n'y a encore là rien de définitif. Je ferai remarquer que, dans ces dernières années, le nombre des fièvres typhoïdes, pendant les grandes chaleurs de l'été, a été si considérable, qu'on a pu admettre l'existence de petites épidémies; et d'un autre côté, la dernière épidémie que nous avons observée s'est montrée pendant l'hiver (1853). Pour résoudre cette question de l'influence des saisons, il faut nécessairement multiplier les recherches, et examiner les faits sous tous les points de vue, principalement sous celui de la mortalité.

Rien ne démontre, comme le prouvent les observations de M. Louis, que certaines *professions* exposent plus que d'autres les sujets qui les exercent à contracter la fièvre typhoïde.

On a beaucoup parlé, dans ces derniers temps, de l'*influence de la vaccine* sur la production de la fièvre typhoïde. Des statistiques établies sur des faits mal appréciés ont fait émettre à ce sujet une opinion plus que hasardée. Les observations que nous recueillons tous les jours prouvent qu'elle n'a rien de fondé. Dans la dernière épidémie j'ai vu, d'une part, la fièvre typhoïde sévir chez les sujets non vaccinés, et, de l'autre, des convalescents de la fièvre typhoïde atteints de la variole. Sur 35 malades atteints de fièvre typhoïde, et entrés dans mon service dans les premiers jours de novembre (1853), quatre portaient des traces profondes de petite vérole, un n'avait pas été vacciné, un l'avait été sans succès, deux présentaient des cicatrices douteuses. Des quatre malades qui avaient eu la petite vérole, deux ont succombé. De son côté, M. Barth (2), qui a fixé son attention sur ce sujet, a vu, dans un très court espace de temps, quatre personnes n'ayant pas été vaccinées et portant des traces évidentes de variole, être prises de fièvre typhoïde qui, légère dans deux cas, fut très grave dans les deux autres. Un malade succomba. En même temps qu'il signale ces observations, l'auteur cite quatre cas plus ou moins graves de variole, survenant dans la convalescence d'une fièvre typhoïde. Quoique ces faits soient peu nombreux, ils ont déjà leur signification.

Antagonisme. — Suivant M. Boudin, les sujets soumis à l'*influence des marais* résistent à l'action des causes de la fièvre typhoïde (3). Cet auteur a accumulé, avec beaucoup d'art, un très grand nombre de faits en faveur de cette opinion, qui n'a pas encore trouvé beaucoup de crédit.

2° Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles, à l'exception de la contagion, sont beaucoup moins

(1) *Traité de l'entérite folliculeuse*. Paris, 1841, p. 409.
(2) *Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*, 7 octobre 1853.
(3) Comparez *Étude de géographie médicale* (*Ann. d'hygiène et de méd. légale*, Paris, 1845, t. XXXIII, p. 58; t. XXXVI, p. 5, 304; t. XXXVIII, p. 237; — *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. VIII, p. 931; t. IX, p. 168; t. X, p. 1041; t. XI, p. 257.) — *Traité de géographie et de statistique médicales*. Paris, 1857, t. II.

connues que les précédentes, ou, pour mieux dire, lorsqu'on a avancé que l'insolation, le froid, l'humidité, l'alimentation insuffisante, les purgatifs, les commotions physiques, etc., peuvent produire la fièvre typhoïde, on a avancé des propositions que ne confirme pas l'étude des faits.

Contagion. — Quand on n'avait égard qu'aux faits observés à Paris, on ne croyait pas à la contagion de la fièvre typhoïde; mais les observations faites dans les petites localités ont dû modifier profondément cette opinion. Je citerai, avec M. Louis (1), celles que la science doit à MM. Bretonneau (2), Leuret, Gendron (3), Putégnat, et de plus celles de MM. Letanelet, Lombard, Fauconnet, Mayer (4), Patry, Jacquez, Ragaine (5), Ponc (6), Thirial, etc. Il résulte, en effet, de ces observations, que la fièvre typhoïde a été maintes fois transmise par un malade à un individu sain. Je ne discuterai pas si la transmission a lieu par contact ou par infection; je dirai seulement que ce dernier mode de transmission ne paraît douteux à personne; tandis que la transmission par le contact ne paraît guère probable, au moins dans la fièvre typhoïde sporadique, lorsqu'on voit ce qui se passe dans les hôpitaux de Paris, où les malades ne sont nullement isolés.

Si, après les faits que je viens de citer, il pouvait rester encore quelques doutes sur la transmission de la fièvre typhoïde par contagion, ils seraient promptement dissipés par les résultats intéressants des recherches de M. le docteur Piedvache (7). Ce médecin, qui a pu suivre pendant quatre ans la fièvre typhoïde à l'état épidémique dans la petite ville de Dinan, a accumulé les faits, et est arrivé à ces conclusions, que la contagion est évidente, qu'elle accroît considérablement le nombre des malades, et que la circonstance la plus favorable à la transmission est la concentration de l'air et des miasmes qu'il contient.

Je ne parle pas ici des faits observés en Angleterre, parce que, dans leurs relations, les médecins anglais ont presque tous confondu la fièvre typhoïde et le *typhus fever*, qui sera décrit avec le typhus. C'est dans cet article que je ferai connaître les travaux qui ont établi la distinction des deux maladies.

La fièvre typhoïde a pris fréquemment et prend encore assez souvent le caractère *épidémique.*

3. Nature de la maladie.

Sous ce titre, j'entends les lésions primitives, soit des liquides, soit des solides, que l'on a regardées comme la source des autres lésions et de tous les symptômes.

Aujourd'hui un assez grand nombre de médecins sont portés à admettre l'existence d'une *lésion primitive du sang*, dans laquelle la diminution de la fibrine jouerait le plus grand rôle, et serait le principe de la maladie. Je me bornerai à

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 368 et. suiv., 2e édit.
(2) *Archives gén. de méd.*, 1re série, t. XXI, p. 57.
(3) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1834.
(4) *Bull. de la Soc. de méd. de Besançon*, n° 2, 1847.
(5) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. X, p. 736, 896; t. XII, p. 536. — *Rapport sur les épidémies*, par M. Trousseau (*Mém. de l'Acad. de médecine*, 1858, t. XXII).
(6) *Rapport sur les épidémies* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, 1854, t. XVIII, pag. xc.)
(7) *Rech. sur la contagion de la fièvre typhoïde, et principalement sur les circonstances dans lesquelles elle a lieu* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1850, t. XV, p. 239).

rappeler ce que j'ai dit plus haut, à propos des expériences de Magendie : la défibrination du sang a produit un état morbide autre que la fièvre typhoïde. Quant aux preuves directes, qu'on pourrait demander à l'observation, elles nous font complétement défaut.

On a cru jeter un grand jour sur la question, en comparant la fièvre typhoïde à la variole; mais, outre que c'est là tout simplement reculer la difficulté, puisque nous n'avons que des idées vagues sur la nature de la variole, M. Louis a prouvé par les faits (1) que, si la fièvre typhoïde se rapproche de la variole par quelques caractères, elle s'en éloigne par d'autres.

Quelques auteurs, parmi lesquels il faut compter MM. Forget et Bouillaud, regardant la fièvre typhoïde comme une entérite particulière, donnent à l'altération intestinale la même valeur qu'à l'inflammation du poumon dans la pneumonie; mais la faculté contagieuse de cette maladie, qui n'affecte qu'une seule fois le même individu, est un caractère distinctif suffisant pour nous faire admettre autre chose qu'une simple inflammation. Delarroque (2) et M. Beau regardent comme la cause de tous les accidents une certaine *altération de la bile,* dont ils ne donnent qu'une vague définition. C'est là une hypothèse fondée sur une observation incomplète.

De tout cela il résulte que nous ne connaissons pas encore la cause essentielle organique de la fièvre typhoïde, et que nous devons tenir compte à la fois de la lésion locale et de l'infection générale, qui nous est révélée par la propriété contagieuse de cette affection.

§ III. — Tableau de la maladie.

[La fièvre typhoïde sévit principalement sur l'adolescence et l'âge adulte. et, dans les grands centres de population, sur les jeunes gens des deux sexes, arrivés de la campagne depuis quelques mois, et non encore acclimatés. Dans cette description d'ensemble, nous aurons surtout en vue les cas de ce dernier genre, car ce sont ceux qui se présentent le plus souvent à l'observation dans les hôpitaux, et qui sont les *types* les plus accusés de la maladie.

On doit distinguer, avec Chomel, les *prodromes* ou *invasion* du mal, et ensuite *trois périodes* dans l'évolution des symptômes.

Les individus récemment arrivés dans les grandes villes payent d'abord, par quelques troubles digestifs, un premier tribut d'acclimatation incomplète; puis ils se rétablissent, et jouissent d'une bonne santé pendant une période de temps qui dure de quelques mois à quelques années. Alors se manifestent, sinon chez tous, du moins chez un très grand nombre, les prodromes de la fièvre typhoïde.

Prodromes, invasion. — Un mois et même six semaines avant le début des accidents graves, les forces diminuent; il y a inaptitude au travail, pesanteur de tête, indifférence aux choses extérieures; l'appétit est diminué chez les uns, augmenté chez d'autres; il y a déjà des épistaxis, de la diarrhée, de l'amaigrissement. Souvent on attribue à la paresse ou à l'indolence l'inaptitude au travail physique et intellectuel, qui est déjà un premier symptôme du mal; ou bien on dit que l'individu *traîne* ou qu'il *couve* une maladie.

(1) *Loc. cit.*, 2e édit., p. 507 et suiv., *Anal. et diff.*, etc.
(2) *Trait. de la fièvre typhoïde*, 1847.

Chez d'autres l'affection éclate bien plus brusquement, et après des prodromes de quelques jours seulement.

Parmi les prodromes prochains, on remarque surtout de l'agitation la nuit, un sommeil entrecoupé, des rêvasseries pénibles, fatigantes, souvent une insomnie réelle; un peu de chaleur, de la soif, de la diarrhée; néanmoins les malades peuvent encore se lever et se livrer à quelques travaux.

Première période. — Le début a presque toujours lieu dans le jour. Le malade s'est levé et a voulu se rendre à ses occupations; mais il n'a pas eu la force de travailler. Il a quelquefois un ou plusieurs frissons, mais ce symptôme est bien plus rare que dans les phlegmasies; il y a des vertiges, la tête est lourde ou légère et étonnée, comme disent les malades; une violente céphalalgie sus-orbitaire, quelques épistaxis, des syncopes, se manifestent. La perte des forces est telle que le patient est obligé de se coucher; la fièvre est établie et ne quittera plus le malade. La nuit, on remarque du délire. Pendant quelques jours le patient peut encore se lever, mais il est faible et est obligé de se recoucher souvent. — Aucun phénomène caractéristique n'existant dans cette première période, on considère le mal comme une indisposition passagère; les malades ne réclament aucun soin, parce qu'ils n'éprouvent pas d'autre douleur que la céphalalgie. Néanmoins la persistance de la fièvre fait reconnaître une maladie réelle. Si le malade doit être placé à l'hôpital, on est obligé de l'y porter; il est rare qu'il puisse s'y rendre à pied, tant les forces sont diminuées, tant la démarche est chancelante. En effet, le malade levé se tient avec peine sur ses jambes, il a des éblouissements, des vertiges, des tintements d'oreilles et une tendance à la syncope; quelquefois déjà des évacuations involontaires, symptôme grave à cette époque; la face est pâle, décomposée, l'ovale inférieur de la figure un peu jaune; les yeux sont rouges, la voix est faible, tremblante; léger tremblement de la langue et des lèvres. Couché au contraire, le malade paraît avoir plus de forces; la figure est animée, rouge; la peau du corps est dans un état de fluxion sanguine manifeste et couverte de sueur.

La fièvre est continue, avec exacerbation le soir; le pouls, large, plein, résistant, bat de 90 à 120 fois par minute; intelligence conservée, mais étourdissements quand le malade s'assied sur son lit; la nuit, délire doux et léger nommé *typhomanie;* le malade se lève et se promène sans but fixe, mais se laisse sans résistance ramener à son lit. Insomnie, rêvasseries; parole un peu gênée par le tremblement de la langue; le malade entend, mais comprend avec lenteur les paroles qu'on lui adresse. Pas de vomissements, en général; langue molle, humide, blanche ou jaune en dessus, rouge aux bords et à la pointe, quelquefois un peu sèche. Lèvres rouges, sèches, couvertes d'herpès ou d'une desquamation épithéliale. Tympanite abdominale ordinairement légère, existant principalement à la région sous-ombilicale; pas de douleurs spontanées; douleur légère à la pression dans la fosse iliaque droite; gargouillement permanent dans ce point; diarrhée peu abondante : six à huit évacuations par jour d'une matière bilieuse liquide, jaune ou verdâtre; toux sèche, bronchite avec peu de sécrétion, accusée surtout par des râles vibrants, sonores, dans toute l'étendue de la poitrine. Urine rouge, épaisse, sédimenteuse. Le sang des saignées locales ou générales présente alors, avec celui des phlegmasies, des analogies d'autant plus marquées qu'on est plus rapproché de l'époque de l'invasion. Le caillot se rétracte et se couvre d'une couenne épaisse; il est assez

résistant pour qu'on puisse le soulever en entier sans le déchirer; la sérosité est claire, non mélangée de globules.

Deuxième période. — Elle commence du huitième au douzième jour, et se caractérise surtout par l'apparition des *taches rosées lenticulaires*, espèce d'*exanthème* analogue à l'*énanthème*, ou éruption des plaques de Peyer dans l'intestin.

Mais d'autres accidents caractérisent encore cette période. La fluxion sanguine de la peau fait place à une pâleur marquée; il y a un amaigrissement très notable et rapide; la prostration des forces arrive à son summum; le malade repose dans le décubitus dorsal, qu'il conservera jusqu'à la convalescence; il tend à descendre vers le pied du lit; l'indifférence pour les choses extérieures, portée au plus haut degré, constitue la stupeur ou le τυφος, d'où la maladie a pris son nom; le malade n'entend pas les paroles qu'on lui adresse, ou semble ne pas les percevoir; dans tous les cas, il ne répond pas, ou bien il prononce des mots que le tremblement de la langue et des lèvres, la fatigue ou le délire rendent inintelligibles. Il paraît être en proie à un état continuel d'ivresse. Bien qu'il soit possible de fixer, pour un moment, l'attention du malade, il perd rapidement la suite de ses idées et retombe dans une aberration constante. Le délire ne le quitte pas, il marmotte tout le jour des paroles incompréhensibles (mussitation). Ce délire, qui est doux, inoffensif et dans lequel le malade ne se livre à aucun acte violent, a reçu le nom de *typhomanie*. Quelquefois la somnolence prédomine, et l'on dit qu'il y a un état de *coma vigil* ou de *coma somnolentum*, suivant que le malade paraît réellement endormi ou qu'il est encore plus ou moins accessible aux impressions venues de l'extérieur. — Absence de douleur ou de perception : phénomène important.

Les désordres du tube digestif se caractérisent par la sécheresse de la bouche, la sécheresse et le tremblement de la langue; la difficulté de la déglutition des liquides; l'encroûtement des lèvres, des dents, de la langue par des matières muqueuses desséchées et noirâtres (*fuliginosités*). La tympanite de l'abdomen est plus prononcée et plus généralisée; quelquefois elle est portée à un haut degré. Les selles diarrhéiques continuent; quelquefois elles sont involontaires. Dans certains cas, il y a des hémorrhagies intestinales; mais on les observe aussi bien dans la première période que dans la seconde.

Très souvent il y a de la rétention d'urine. Le médecin ne doit jamais oublier, lorsque le malade tombe dans l'état de somnolence typhoïde, d'explorer la vessie.

Les narines présentent souvent un état pulvérulent qui témoigne de la diminution de la sensibilité, car cette pulvérulence est constituée par les corpuscules légers et les poussières flottantes dans l'air, et qui s'attachent aux poils de l'orifice des narines. Si le malade ne les enlève pas par le frottement, c'est qu'il n'en sent pas la présence.

La respiration ne paraît pas fort troublée; il y a seulement un peu de toux sans expectoration; néanmoins la poitrine présente partout des râles sonores, sibilants, secs, mêlés de quelques bulles de râle sous-crépitant et muqueux. Souvent ces râles sont entendus à distance; la toux ne les fait pas disparaître. En général le thorax est sonore, et quelquefois même plus qu'à l'état normal; mais quelquefois il y a une submatité ou une matité véritable à la base des deux poumons et en arrière, et dans les mêmes points la respiration est absente. Ces signes indiquent la stase mécanique du sang dans les parties déclives du poumon, état anatomique improprement nommé *pneumonie hypostatique*.

Pendant cette période, on voit se manifester diverses éruptions : les *taches rosées*, déjà indiquées ; des *sudamina*, des *taches ombrées* ou *bleues* (voy. *Fièvre simple continue, ou synoque*), une éruption *varioliforme* au sacrum (Andral, Piorry) et quelquefois des *pétéchies*.

Troisième période. — Celle-ci est plutôt constituée par l'aggravation ou l'amélioration du mal que par des symptômes nouveaux.

Si le malade doit guérir, la fièvre se calme, mais le pouls reste fréquent ; la chaleur de la peau disparaît, et quelquefois de douces transpirations se manifestent ; la langue redevient humide et perd ses enduits ; la diarrhée cesse pour faire place à une constipation quelquefois opiniâtre. Mais les caractères les plus saillants et les plus importants se tirent des modifications des fonctions nerveuses : l'intelligence reprend sa netteté ; il semble à quelques malades qu'ils sortent d'un profond sommeil, et ils ne conservent qu'un vague souvenir de ce qui s'est passé pendant leur maladie. Les forces reviennent, et l'on s'en aperçoit surtout au changement du décubitus : les malades ne glissent plus vers le pied du lit et peuvent se coucher sur le côté. Enfin un sommeil doux, paisible et réparateur remplace la stupeur et le coma des périodes précédentes. Les évacuations redeviennent volontaires.

Si la maladie doit avoir une terminaison funeste, tous les phénomènes s'aggravent. La stupeur est plus profonde ; le malade est insensible à toutes les excitations ; le pouls devient d'une fréquence extrême et s'affaiblit progressivement ; les battements du cœur sont irréguliers, tumultueux et faibles ; la respiration s'embarrasse ; des mucosités accumulées dans les bronches, et que les malades n'ont pas la force d'expulser, donnent lieu à un râle sonore, que l'on entend à distance. La peau se refroidit et se couvre d'une sueur visqueuse ; le corps exhale une odeur fétide, que l'on a nommée *odeur de souris*, et qui se mêle à celle des urines et des matières fécales, rendues involontairement. Des eschares se forment au sacrum, au grand trochanter, aux coudes et sur tous les points où les téguments sont soulevés par des saillies osseuses. La perte des forces est telle que, si l'on veut déplacer le malade dans son lit, il faut le retourner comme un corps inerte. L'amaigrissement est extrême. Enfin les yeux se couvrent d'une couche de mucus glaireux ; le nez, la langue, l'haleine se refroidissent, et le malade meurt au milieu des symptômes du plus profond épuisement.

Nous indiquerons, seulement en passant, quelques accidents graves qui surviennent dans le cours de la fièvre typhoïde ; ce sont : les hémorrhagies intestinales, la pneumonie, la méningite, les perforations intestinales et les eschares. Dans l'étude particulière des symptômes, tous ces faits seront étudiés avec soin.

La convalescence de la fièvre typhoïde est véritablement le type de la convalescence des maladies aiguës. La diminution de la fièvre, le retour des forces, engagent le malade à se lever ; mais la marche est titubante, et il survient des vertiges et une très grande fatigue ; il faut se recoucher. La peau est fraîche et facilement impressionnée par le froid. Le pouls conserve une grande fréquence et une grande faiblesse ; les veines sous-cutanées ne se traduisent à l'extérieur que par des lignes bleuâtres qui ne font pas de saillie. La face est pâle et comme exténuée. L'appétit revient avec une violence remarquable, qui s'est déjà fait sentir avant la convalescence. Si l'on ne surveille pas l'alimentation, il survient des indigestions dange-

reuses et des perforations intestinales mortelles. Cependant, si le régime est trop sévère, la fièvre reparaît. Tous les aliments légers sont rejetés, et il survient des vomissements incoercibles (Marrotte) qui font périr les malades. Une alimentation un peu substantielle, mais sagement ménagée, prévient ces accidents. La chute des cheveux, la desquamation de l'épiderme, quelques points d'analgésie partielle, sont encore des accidents presque nécessaires de cette convalescence. Souvent, après la guérison, on observe une modification de la constitution et du tempérament : chez les uns, on voit survenir un embonpoint qu'ils n'avaient jamais eu; d'autres restent dans un état prononcé de maigreur, et quelquefois alors on voit éclater une affection tuberculeuse des poumons ou des signes de scrofule. Enfin nous avons observé dans quelques cas, et surtout chez les jeunes gens de douze à seize ans, une véritable *manie*, qui durait de quelques semaines à deux ou trois mois.

Cette esquisse de la maladie serait incomplète, si nous négligions d'ajouter que la fièvre typhoïde ne se montre en général qu'une seule fois; qu'elle fait époque dans la vie de l'individu, à cause des modifications souvent profondes qu'elle apporte à l'organisme, et que presque toujours, à tort ou à raison, on rapporte à des suites de cette affection les autres maladies qui se développent dans le cours de l'existence.]

§ IV. — Symptômes en particulier.

Les symptômes de la fièvre typhoïde ont été parfaitement étudiés; je n'aurai pas, par conséquent, à discuter à chaque instant la valeur des assertions des auteurs, mais il est nécessaire de suivre un ordre rigoureux, à cause de la multiplicité de ces symptômes.

Prodromes. — Les prodromes n'ont lieu que dans un tiers des cas environ. Ils consistent en une expression de tristesse de la face; une moins grande aptitude aux travaux de l'esprit; du malaise, le brisement des membres; une fatigue dont on ne trouve pas la raison dans l'exercice ou les travaux; la perte de l'appétit; des selles liquides; la densité, l'odeur fétide de l'urine; quelquefois des nausées et des vomissements.

Ces symptômes ne se présentent pas tous réunis chez le même sujet; car, s'il en était ainsi, ils constitueraient déjà, par leur ensemble, un état de maladie notable; mais on peut se demander si, même lorsqu'il n'en existe que quelques-uns, la lésion intestinale ne s'est pas déjà produite, et si, par conséquent, on a complétement raison de ne voir dans ces symptômes que des prodromes, au lieu d'une invasion lente de la maladie.

Invasion brusque. — Que les symptômes précédents aient existé, ou qu'ils aient complétement manqué, la maladie débute avec une plus ou moins grande violence : ordinairement par des frissons plus ou moins multipliés et alternant avec la chaleur, et à ces frissons se joignent la céphalalgie, une grande lassitude, une faiblesse telle, que les malades sont obligés de se reposer plusieurs fois pour faire une course qu'ils auraient répétée plus ou moins souvent sans fatigue avant leur maladie; l'altération des traits de la face, des étourdissements, des bourdonnements d'oreille, l'anorexie, la soif, des douleurs de ventre, et, dans le plus grand nombre des cas, des selles liquides qui surviennent dans les premières vingt-quatre heures.

Symptômes de la maladie confirmée. — Si nous examinons d'abord ce qui se passe du côté du tube digestif, nous trouvons, dès le début, des *douleurs de ventre* chez le plus grand nombre des sujets. Ces douleurs, quelquefois semblables à des coliques, plus souvent vagues et sans caractère précis, occupent ordinairement les fosses iliaques, et principalement la droite; parfois l'hypogastre et l'épigastre, parfois aussi tout l'abdomen. La pression augmente presque toujours cette douleur, surtout dans la fosse iliaque. Il résulte des recherches de M. Louis que la prompte apparition et l'intensité de ces douleurs sont en rapport direct avec l'intensité de la maladie elle-même. Ces douleurs ne persistent généralement pas pendant tout le cours de la maladie; même dans les cas les plus graves, elles peuvent disparaître au bout de trois ou quatre jours, et dans les autres, au bout de vingt-quatre heures. Quelquefois elles se reproduisent après avoir disparu pendant un certain temps. Dans quelques cas, en faible minorité, le ventre reste indolore.

Diarrhée. — Chez plus de la moitié des sujets, la diarrhée se déclare dans les premières vingt-quatre heures; chez la plupart des autres, elle se montre du deuxième au quatorzième jour de la maladie, mais plutôt à une époque rapprochée du premier terme. Son degré est variable; le plus souvent il y a de quatre à huit selles par jour; mais parfois il n'y en a qu'une ou deux, ou au contraire quinze ou vingt.

Les matières rendues sont très ténues; au fond on voit quelques parcelles jaunâtres, rarement des matières solides. Chez un petit nombre de sujets, elles sont brunâtres, ont la consistance d'une purée liquide, et sont parfois très fétides; dans quelques cas, elles offrent l'aspect du marc de café, et dans un petit nombre on trouve une certaine quantité de sang pur, noir, se présentant sous forme de caillots plus ou moins volumineux, ou restant liquide, ce qui est plus rare. Nous verrons plus loin quelle est la valeur pronostique de cette hémorrhagie intestinale. Il est très rare de trouver dans les selles une quantité un peu notable de mucus.

Chez un très petit nombre de sujets, loin d'observer de la diarrhée, on trouve au contraire de la constipation pendant tout le cours de la maladie (3 fois sur 101 cas, Barth).

La diarrhée dure pendant une très grande partie du cours de la maladie, et dans la convalescence encore les malades y sont assez sujets.

Ces détails sont très importants à connaître, parce qu'ils ont été recueillis à une époque où l'on n'employait pas les purgatifs comme aujourd'hui. Ces moyens, dont on fait un si fréquent usage, empêchent, en effet, qu'on puisse étudier ce symptôme qu'il faut ranger parmi les principaux.

Dans un paragraphe consacré à l'étude du *rapport des lésions avec les symptômes*, je rechercherai quel est ce rapport pour la diarrhée aussi bien que pour les autres phénomènes morbides.

En palpant largement et fortement l'abdomen, on produit très souvent un bruit de *gargouillement*, qui a, dans un bon nombre de cas, son siége dans la fosse iliaque droite, mais qui se fait entendre aussi dans la fosse iliaque gauche, à l'hypogastre, et autour de l'ombilic. Ce symptôme très variable, dû à la présence de liquides mêlés de gaz, dans un point du tube digestif en rapport avec les régions que je viens d'indiquer, a beaucoup moins d'importance que les précédents.

Le *météorisme* est encore un symptôme qui demande toute notre attention, car il est infiniment plus fréquent dans la fièvre typhoïde que dans toute autre affection.

Il manque chez un très petit nombre de malades; il est d'autant plus fréquent, et en général d'autant plus prononcé, que l'affection est plus grave.

Par suite du météorisme, le ventre est plus ou moins volumineux, régulièrement bombé, et sonore dans toute son étendue. Le plus haut degré de sa sonorité est ordinairement vers l'hypogastre et les fosses iliaques.

Du côté de l'*estomac* on observe, outre les douleurs épigastriques, des nausées, des vomissements bilieux; mais ces symptômes apparaissent rarement à une époque très rapprochée du début; ils ne se montrent, en effet, presque jamais avant le huitième ou le neuvième jour, et parfois surviennent beaucoup plus tard.

La *langue* offre un état très variable suivant le degré de la maladie. Dans les cas les plus légers, elle peut rester naturelle, mais plus souvent elle se couvre d'un enduit jaunâtre. Dans les cas graves, elle offre les mêmes caractères au début; mais après quelques jours de durée de la maladie, elle devient sèche, râpeuse, brunâtre, encroûtée d'une matière sèche; noire, dure, fendillée, plus ou moins épaisse, comme brûlée; ses bords sont d'un rouge plus ou moins intense; enfin, dans les cas les plus graves, cet organe devient gonflé, épais, dur. M. Louis a démontré que cet état de la langue doit être rapporté à une inflammation secondaire, de la même nature que beaucoup d'autres que j'aurai occasion de signaler plus loin. Dans quelques cas fort graves, la langue se recouvre d'un *enduit pseudo-membraneux*, pultacé, ou présente une ou plusieurs *ulcérations*.

La langue, alors même qu'elle conserve sa souplesse et son humidité, offre assez fréquemment, dans les cas d'une certaine gravité, un tremblement manifeste. Lorsque les lésions que je viens d'indiquer se sont produites, les malades ont de la peine à la montrer; ils ne peuvent la pousser qu'entre les dents; parfois même elle reste immobile au fond de la bouche, où on l'aperçoit comme racornie.

Il ne faut pas confondre cette difficulté de sortir la langue, qui résulte de l'état de l'organe, avec celle qui est due à l'état des fonctions cérébrales, et qui fait que les malades la sortent lentement et incomplétement de la bouche, et même l'oublient hors de cette cavité et entre les dents, après l'avoir montrée.

Quelques auteurs ont noté une *fétidité* particulière de l'*haleine*, remarquable surtout chez les enfants.

Dans le *pharynx*, on retrouve des altérations analogues : ainsi, chez quelques sujets, il y a seulement un peu de rougeur; chez d'autres, il s'y joint du gonflement du voile du palais, de ses piliers; rarement une tuméfaction considérable des amygdales; parfois des productions pseudo-membraneuses et des *ulcérations*. Chez certains sujets, les ulcérations gagnent l'œsophage, et même détruisent en partie l'épiglotte.

Je ne peux m'empêcher de faire remarquer ici cette *grande tendance à l'ulcération* qu'on observe dans la fièvre typhoïde. Voilà, en effet, déjà plusieurs organes dans lesquels nous la rencontrons, et nous verrons plus loin que, dans les intestins, elle forme le caractère essentiel de la maladie.

Dans les cas légers, le pharynx reste à l'état normal, ou à peu près. Ces lésions ne se montrent, du reste, qu'après une certaine durée de la maladie; elles occasionnent, dans un certain nombre de cas, une plus ou moins grande difficulté de la déglutition, difficulté qui résulte aussi, dans les cas très graves, du trouble profond des fonctions cérébrales.

Du côté des *annexes des voies digestives*, nous n'avons à considérer que l'état de la *rate*, qui est remarquable. A une époque peu éloignée du début de la maladie, on trouve, en effet, la rate presque constamment tuméfiée, et quelquefois à un degré élevé. Le plus souvent les malades ne se plaignent d'aucune douleur dans la région splénique; mais on peut, dans un certain nombre de cas, y développer un peu de sensibilité par la pression. La palpation et la percussion font reconnaître l'engorgement de la rate, qui, d'après les recherches de M. Louis, ne paraît pas persister pendant tout le cours de la maladie, lorsque la durée en est un peu prolongée.

Des *symptômes nerveux* remarquables s'observent dans cette affection : c'est d'abord la *céphalalgie*, symptôme à peu près constant, qui survient presque toujours dès le début de l'affection, et qui, dans le très petit nombre de cas où il apparaît plus tard, ne dépasse guère le quatrième jour (dans des cas très rares, elle peut ne se montrer qu'au douzième). La céphalalgie est gravative, sans siége parfaitement déterminé, mais occupant plus particulièrement la région frontale. Les malades ne s'en plaignent en général que médiocrement, et elle disparaît au bout de quatre à huit ou dix jours dans les cas les plus ordinaires. Elle ne persiste pas lorsque le délire survient. Dans de très rares circonstances, ce symptôme a une grande violence et dure pendant tout le cours de l'affection.

Je mentionnerai ensuite les *vertiges*, qui sont d'autant plus marqués que la maladie est plus grave. Ils se manifestent principalement quand le malade se met sur son séant, et surtout quand il descend de son lit. Ce symptôme, qui se montre aussi dès le début et en même temps que la céphalalgie ou à peu près, peut persister pendant tout le cours de l'affection; mais le plus souvent il disparaît après un ou deux septénaires. Les *éblouissements*, les *étourdissements*, les *tournoiements de tête*, la *vacillation*, apparente pour le malade, des objets environnants, constituent ces vertiges si remarquables, et qu'on n'observe à ce degré et avec cette fréquence que dans la fièvre typhoïde.

Un *affaiblissement* d'autant plus considérable que la maladie est plus grave, et que nous avons déjà trouvé parmi les phénomènes du début, est un des symptômes qu'il importe le plus de noter. Même lorsque la maladie est légère, l'abattement des forces est tel, qu'on n'en trouve pas un semblable dans aucune autre affection fébrile de nos climats, toutes choses égales d'ailleurs. Cette prostration des forces va sans cesse en augmentant dans les premiers jours de la maladie, et acquiert son maximum, ainsi que l'a constaté M. Louis, du dixième au treizième jour.

Une *stupeur* plus ou moins prononcée se manifeste chez les sujets atteints de fièvre typhoïde, et l'on retrouve des traces de ce symptôme, ainsi que le fait remarquer M. Jacquot (1), dans les cas les plus légers, pourvu qu'on ait soin de mettre de côté la fièvre continue simple. Les malades ont l'air étonné, le regard languissant; ils paraissent comprendre lentement ce qu'on leur dit. A ce symptôme succède, dans les cas d'une certaine gravité, quelquefois dès les premiers jours, ordinairement plus tard, et, terme moyen, vers le quatorzième jour, une *somnolence* dont le degré est très variable. Quelquefois, en effet, le moindre bruit, le moindre mouvement autour du malade suffit pour l'en tirer; dans d'autres cas, il

(1) *Rech. sur la fièvre typhoïde*. Paris, 1843.

faut l'exciter assez vivement, et il retombe dans son assoupissement dès qu'on a cessé l'excitation. Ce symptôme ne persiste pas pendant tout le cours de la maladie, lorsque la terminaison doit être favorable; il disparaît presque toujours graduellement, en même temps que les autres symptômes s'amendent.

Cet assoupissement dans lequel sont plongés les malades ne les soulage pas; au contraire, ils se plaignent de ne pas dormir, ou bien d'avoir un *sommeil* fatigant, fréquemment interrompu, troublé par des *rêvasseries* continuelles, pénibles, de telle sorte qu'ils cherchent à résister à ce sommeil, que d'un autre côté ils désirent.

Suivant M. Jacquot, qui a beaucoup insisté sur l'importance de la stupeur et du *délire* dans la fièvre typhoïde, ce dernier symptôme serait constant, mais serait quelquefois si léger, qu'il faut une très grande attention pour le découvrir. Sans me prononcer sur cette question, et tout en admettant que, dans un certain nombre de cas, une observation de tous les instants peut découvrir des traces de délire peu appréciables à l'observation ordinaire, je ferai remarquer que les autres observateurs ne sont pas arrivés à un semblable résultat, et que, dans les cas légers, les réponses des malades sont toujours raisonnables. Chez cinquante-six sujets qui ont guéri, M. Louis n'a noté l'existence du délire que trente-neuf fois.

Le délire est, comme on le voit, un symptôme des plus importants : il se montre ordinairement de deux à six jours après la somnolence, rarement il la précède. Comme elle, il dure jusqu'à la fin de la maladie, lorsque la terminaison est fatale, et se dissipe ordinairement en même temps que les autres symptômes s'amendent, dans les cas de guérison.

C'est surtout pendant la nuit que se manifeste le délire; il en est presque toujours ainsi lorsqu'il est léger. Les malades se lèvent, cherchent à s'habiller, sortent de leur chambre, puis ne retrouvent plus leur lit; ou bien ils parlent haut, tiennent des propos incohérents. Dans quelques cas, ils ne sont occupés que d'un objet; quelquefois ce n'est qu'un marmottement inintelligible. Par moments, ce délire peut devenir furieux, et lorsque la maladie est grave, on voit souvent les sujets constamment agités, criant, menaçant, cherchant à se lever, à se précipiter par la fenêtre, de telle sorte qu'il faut de toute nécessité les attacher dans leur lit.

Lorsque le délire n'est pas très violent, on parvient, en fixant l'attention du malade, à le faire cesser et à obtenir des réponses justes; mais, dès qu'on cesse l'interrogatoire, il retombe dans ses divagations.

Les *bourdonnements*, les *tintements d'oreille* sont des phénomènes fréquents dans la maladie qui nous occupe; ils se montrent principalement chez les sujets qui ont des vertiges. Il est plus rare de rencontrer un *trouble* marqué de la *vue*, et surtout le *strabisme*. L'état des pupilles n'a pas encore été suffisamment étudié.

Les *spasmes*, les *contractions toniques*, les *soubresauts des tendons*, le *tremblement des lèvres*, la *carphologie*, sont des phénomènes du même ordre et qu'on peut réunir dans une même indication. La contracture se fait remarquer dans les membres supérieurs, au cou, quelquefois même dans les muscles vertébraux. Cette contracture est plus ou moins difficile à vaincre. On a vu, dans quelques cas rares, une contracture des muscles du pharynx, cause nouvelle de difficulté de la déglutition, qu'il faut ajouter à celles que j'ai mentionnées plus haut. Je n'ai pas besoin de décrire les soubresauts des tendons et les divers mouvements irréguliers,

il suffit de les indiquer. Une remarque qui s'applique à toutes ces perversions de la motilité, c'est qu'elles ne surviennent que dans les cas graves dont le plus grand nombre se termine par la mort.

L'*état de la peau* mérite une description particulière. On observe sur l'enveloppe cutanée des phénomènes de diverses espèces : je signalerai d'abord les *taches rosées lenticulaires*, qui constituent un symptôme important. Ces taches ont une couleur qui varie du rose pâle au rose foncé ; elles sont arrondies et font une légère saillie que l'on constate en promenant légèrement le doigt sur la peau. Leur diamètre varie de 2 à 3 ou 4 millimètres au plus ; elles disparaissent sous la pression, pour se reproduire immédiatement après. Leur siége le plus ordinaire est à la base de la poitrine, en avant, et sur le ventre. Cependant on en trouve assez fréquemment au haut des cuisses, à la partie postérieure du tronc, quelquefois sur les bras et les jambes, et, dans quelques cas, elles occupent toutes les régions du corps. Il est rare que ces taches se montrent très nombreuses à la fois : souvent on n'en trouve qu'une douzaine sur la partie antérieure du corps ; dans quelques cas exceptionnels, l'éruption est presque confluente.

Les taches ne se montrent pas dès le premier jour ; le plus souvent c'est du septième au dixième jour, mais il n'est pas très rare de les voir survenir plus tard. La durée totale de l'éruption varie entre trois et dix-sept ou dix-huit jours, parfois davantage ; terme moyen, sept jours. Quant à la durée de la tache elle-même, elle est de trois ou quatre jours ; de sorte que, dans les éruptions de longue durée, on voit apparaître d'abord quelques taches, puis ces taches vont en s'affaiblissant pendant que d'autres se développent, et ainsi de suite. Lorsque la tache est sur le point de disparaître, elle prend une couleur un peu plus sombre et terne ; les taches rosées lenticulaires, n'apparaissant quelquefois qu'après le dixième et le douzième jour, et, d'un autre côté, ne durant que quelques jours, on peut expliquer en partie par là les différences que certains auteurs ont trouvées dans leur fréquence. Si, en effet, les malades se sont présentés trop tard, elles ont pu disparaître ; si l'on s'est trop hâté de décider qu'il n'y avait pas de taches, on peut avoir commis une erreur qu'un examen ultérieur aurait rectifiée. Cependant il est certain que, dans quelques cas, on ne trouve pas d'éruption ; j'en ai vu des exemples, quoique les malades fussent examinés jour par jour depuis une époque rapprochée du début. M. Louis a vu trois cas semblables à la Pitié, et les autres observateurs en ont signalé un certain nombre. Néanmoins les taches rosées lenticulaires ont une grande valeur, car elles se montrent dans la fièvre typhoïde avec une fréquence incomparablement plus grande que dans toutes les autres maladies, qui n'en offrent presque pas d'exemples. Du reste, l'abondance de l'éruption et sa persistance n'ont pas de rapport direct avec l'intensité de l'affection.

Une autre éruption, qui a son importance, est l'éruption des *sudamina*, qui se rencontre chez les deux tiers au moins des malades. Les sudamina sont des vésicules formées par l'accumulation, sous l'épiderme, d'un liquide transparent et incolore ; ces vésicules ont une dimension qui varie de 2 à 4 millimètres. Dans le premier cas, elles sont arrondies ; dans le second, elles sont oblongues comme des larmes. Leur nombre est très variable. Leur siége principal est le cou, le voisinage de l'articulation scapulo-humérale et la région épigastrique. Quelquefois elles couvrent tout le corps, et sont très confluentes. On les rompt facilement par le

frottement, et, lorsqu'elles sont très rapprochées, on peut quelquefois enlever des lambeaux d'épiderme assez étendus.

Les sudamina ne se montrent guère avant le douzième jour; leur durée est de trois à dix jours environ. Quand ils disparaissent, le liquide se résorbe, et il en résulte une desquamation ordinairement ténue et farineuse. Lorsqu'ils sont très nombreux, les vésicules peuvent se rompre, et alors les lambeaux épidermiques, dont j'ai parlé plus haut, se détachent. Les sudamina, comme leur nom l'indique, ont été regardés comme un résultat des sueurs plus ou moins abondantes qu'auraient pu avoir les malades. M. Bouillaud a soutenu très vivement cette opinion; mais si l'on interroge attentivement les malades, on voit qu'il n'y a réellement aucun rapport entre les sueurs et cette éruption; et, d'un autre côté, nous savons que dans les maladies où les sueurs sont beaucoup plus constantes et beaucoup plus considérables, les sudamina sont loin d'être aussi fréquents et aussi remarquables.

Des taches d'une tout autre nature que les *taches rosées lenticulaires* se montrent dans quelques cas : ce sont des *pétéchies*. Ce symptôme doit être considéré comme très rare, car Chomel et M. Louis ne l'ont pas rencontré. Ces pétéchies ont pour caractère d'être d'un violet foncé, et de ne pas disparaître sous la pression.

D'autres taches ont été mentionnées : ce sont précisément celles que M. Davasse a décrites dans son *Histoire de la fièvre simple continue* (1), sous le nom de *taches bleues*. Il n'est pas douteux que, dans quelques cas, il n'y ait eu erreur de diagnostic ; et ce qui doit le faire admettre, c'est que les auteurs qui ont signalé ces taches dans la fièvre typhoïde ont été frappés de la bénignité de la maladie. Cependant il est quelques cas qu'on ne peut rapporter qu'à la fièvre typhoïde; pour mon compte, j'en ai vu deux exemples en 1847, à l'Hôtel-Dieu annexe, et quelques autres depuis.

[Enfin, on observe encore, dans la fièvre typhoïde, une éruption pustuleuse particulière, que M. Andral nomme *éruption varioliforme* (2), et qui a été signalée aussi par M. Piorry (3). C'est ordinairement à la fin du premier septénaire ou au commencement du second que ces pustules apparaissent; on en compte rarement plus de dix à douze. Elles ont pour siége presque exclusif la région du sacrum; elles commencent par une petite tache rouge, qui s'élargit et se recouvre d'une phlyctène remplie d'une sérosité lactescente et bientôt puriforme. L'épiderme se déchire, et le derme, mis à nu, peut se recouvrir d'une fausse membrane, s'ulcérer et se gangrener; cette éruption est quelquefois le point de départ des eschares de la région sacrée.]

L'érysipèle est une inflammation de la peau qui ne se manifeste que dans un certain nombre de cas graves, et le plus ordinairement mortels. Il ne survient qu'à une époque assez avancée de la maladie. Il a son siége principal à la face; mais, dans quelques cas, il se développe dans d'autres parties du corps, et envahit parfois une grande étendue de l'enveloppe cutanée; parfois aussi il se termine par la gangrène.

(1) Voy. l'article précédent, p. 8.

(2) *Clinique méd.*, 4e édit., t. Ier, p. 630.

(3) *Traité de méd. pratique*, t. V, p. 175. — Voy. aussi : Blanchet, *Mém. sur les dermopathies de la région sacrée*. — Roger, *Des éruptions dans les fièvres*, thèse pour l'agrég., 1847.

D'autres éruptions cutanées peuvent encore se montrer; mais on ne les observe que dans un petit nombre de cas, et elles n'ont qu'une très faible importance. Ce sont des *érythèmes*, la *miliaire*, l'*urticaire*, l'*herpes labialis*, le *lichen*, etc.

La peau, chez les sujets affectés de fièvre typhoïde, a une tendance marquée à la *gangrène*. C'est principalement sur les parties qui supportent le poids du corps, et qui sont toujours en contact avec le lit, que se produisent des gangrènes plus ou moins étendues. Elles ne se manifestent qu'après une assez longue durée de la maladie, commençant par une rougeur légère et un léger gonflement, qui bientôt augmentent et s'étendent. Plus tard, la peau prend une teinte violacée, se ramollit, se détache, et laisse à nu une plus ou moins grande étendue du tissu sous-cutané qui se mortifie à son tour. Le siége de prédilection de la gangrène cutanée est au sacrum, d'où elle s'étend quelquefois au loin; on l'observe aussi au niveau des grands trochanters chez les sujets amaigris, aux talons, aux coudes, partout, en un mot, où la pression s'exerce sur des saillies osseuses. La surface des vésicatoires a aussi une grande tendance à se mortifier, et quelquefois la gangrène est provoquée par une trop longue application des sinapismes.

La *face* présente des phénomènes remarquables. Elle exprime, dès le début, l'abattement; dans quelques cas, une certaine anxiété. Les yeux sont languissants, à demi voilés par les paupières; vifs, hagards quand il y a un délire aigu. Fréquemment ils sont injectés, parfois chassieux, et offrent chez quelques sujets un certain degré de strabisme. La coloration de la face est remarquable. Elle est, en effet, comme plaquée de rouge plus ou moins livide, et dans quelques cas, légèrement bleuâtre. On observe aussi la *pulvérulence des narines* et quelquefois des cils. Vers la fin de la maladie, la face est très amaigrie. Ces symptômes sont, en général, d'autant plus marqués, que l'affection est plus grave et plus avancée. Dans les cas les plus légers, il n'y a qu'un peu d'abattement et la coloration particulière que je viens d'indiquer.

Dans quelques cas graves, on observe une coloration bleuâtre sur tout le corps. J'en ai vu un exemple remarquable il y a quelques années, à l'Hôtel-Dieu annexe. Le malade guérit. C'est là ce qu'on a appelé la *cyanose typhoïde*.

Des *épistaxis* plus ou moins abondantes se montrent dans un grand nombre de cas. M. Barth (1) les a observées dans la moitié des cas soumis à son observation; M. Jacquot (2) les a vues quarante-six fois sur cent huit cas. M. Louis les a notées vingt-sept fois chez trente-quatre sujets. C'est un symptôme qui survient à peu près à toutes les époques de la maladie. L'abondance de l'hémorrhagie est ordinairement modérée. Dans plusieurs cas que j'ai observés, l'action de vomir, provoquée par un vomitif, détermina manifestement l'hémorrhagie, car elle se reproduisit chaque fois qu'on employa ce moyen, et cessa immédiatement après. L'abondance et la fréquence des épistaxis n'ont pas de rapport direct avec l'intensité et la gravité de la maladie.

Les *organes de la respiration* demandent aussi à être étudiés, car dans cette maladie il n'est pas une seule fonction qui ne souffre. La voix est ordinairement un peu affaiblie; quelquefois complétement voilée, non-seulement quand il y a

(1) *Loc. cit.*
(2) *Rech. pour servir à l'histoire de la fièvre typhoïde*, thèse, Montpellier, 1844, et Paris, 1845.

s fausses membranes dans la bouche et dans l'arrière-gorge, mais dans d'autres s encore. Presque tous les sujets ont une toux généralement peu fréquente et s fatigante; les crachats sont rares, mêlés de sang venant des fosses nasales, quand l a des épistaxis; parfois puriformes et annonçant une bronchite assez intense. l'*auscultation*, on trouve, chez presque tous les sujets qui toussent, un *râle* iversel, ordinairement sonore et sifflant, quelquefois sous-crépitant et humide. râle survient ordinairement vers le cinquième ou le sixième jour de l'affection. rsque la toux est très légère, on ne trouve pas ces râles. Cependant la *percussion* la poitrine ne fait observer rien de remarquable, en sorte que, s'il y avait de la tité, on devrait reconnaître l'existence d'une complication.

Il n'est pas jusqu'à l'*appareil génito-urinaire* qui ne soit le sujet de quelques sidérations intéressantes. Je signalerai d'abord la *rétention d'urine*, si fréente lorsque le délire est intense; le médecin doit être, en pareil cas, toujours entif, afin que l'urine ne distende pas la vessie outre mesure. M. Cossy (1) a servé des cas très remarquables de *gangrène de la vessie* dans des cas de fièvre hoïde. Cette gangrène était annoncée par l'odeur *sui generis* qu'exhalait l'urine.

L'*urine* a été examinée par MM. Andral, Rayer, Martin-Solon, Becquerel. Ce i résulte de plus général de ces recherches, c'est que l'urine est ordinairement de; qu'on la trouve quelquefois naturelle, même à l'époque où la convalescence déclare; qu'elle est ordinairement dense, fortement colorée, prompte à s'altérer l'air; qu'assez fréquemment, au moment où la convalescence apparaît, elle rient jumenteuse, contient beaucoup de sels, ainsi que de la bile (Martin-Solon), forme par l'addition de l'acide nitrique un précipité auquel on a donné le nom *critique*.

On a vu quelquefois la *menstruation* avancée ou retardée par l'invasion de la rre typhoïde. L'*avortement* est une conséquence fâcheuse qu'il faut craindre and cette maladie se déclare, à quelque époque que ce soit de la grossesse.

Lorsque l'affection est grave, la *chaleur* qui succède aux frissons s'élève rapidement et devient bientôt âcre, brûlante, parfois sèche, plus souvent accompagnée *sueurs* qui ne sont pas en rapport avec son intensité, et qui se manifestent ncipalement vers le soir, après le paroxysme ou pendant le sommeil de la nuit.

Le *pouls* est fréquemment petit et serré dans les cas graves; dans les autres, il sente souvent sa largeur normale. Dans les cas les plus graves, il est assez ordiire de le trouver faible, mou, inégal, irrégulier, tremblotant. On a, dans un tain nombre de cas, noté le pouls redoublé ou *bis feriens*. Quant à sa fréquence, e est toujours assez considérable dans les cas graves, s'élevant presque conmment au-dessus de 100 pulsations, et souvent atteignant 120 et plus. Dans cas légers, le pouls reste ordinairement au-dessous de 100, et quelquefois il est narquable par sa lenteur et par sa régularité, au moins à certaines époques de la ladie. Lorsque l'affection se termine par la mort, on voit la fréquence du pouls ccroître à mesure qu'on approche du dernier moment, et en même temps son titesse augmenter au point que, dans quelques cas, il devient misérable.

M. Barth (2) a observé, dans le cours de la fièvre typhoïde, des *hémorrhagies*

(1) *Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1849, t. XIX, p. 385.
(2) *Union médicale*, 23 octobre 1847.

musculaires. Il en a cité un exemple très remarquable. En pareil cas, il survient, soit dans un membre, soit dans la paroi antérieure de l'abdomen, une tumeur extrêmement douloureuse formée par le foyer sanguin.

Tels sont les nombreux symptômes de la fièvre typhoïde. Il me reste maintenant à indiquer d'une manière plus facilement saisissable leur succession et leur enchaînement. C'est ce que je me propose de faire dans l'exposé de la marche de la maladie, après avoir dit quelques mots de la fièvre typhoïde des enfants.

Fièvre typhoïde des enfants.— Le diagnostic des maladies étant très difficile chez les enfants, surtout lorsqu'on se rapproche de l'époque de la naissance, et la fièvre typhoïde devant être placée en première ligne sous ce rapport, il faut nécessairement rechercher si cette maladie diffère plus ou moins de la description que je viens de présenter. Je vais, sous ce point de vue, examiner chaque symptôme en particulier, à l'aide des documents que nous ont fournis MM. Taupin, Barthez et Rilliet, et que M. Louis a consignés dans son ouvrage.

Les *douleurs de ventre*, la *diarrhée*, le *météorisme*, se montrent de la même manière et à peu près dans la même proportion que chez les adultes. Les *vomissements* sont beaucoup plus fréquents au début, et M. Rilliet les a trouvés plus nombreux et plus persistants, en général, chez les enfants qui ont succombé.

L'état de la *langue* et de l'*arrière-bouche* est le même. M. Taupin a vu, dans plusieurs cas, la *déglutition* gênée.

La *céphalalgie*, la *stupeur*, la *somnolence*, le *délire*, les *spasmes*, d'après M. Rilliet, sont des symptômes qui se montrent, chez les enfants comme chez les adultes, aux mêmes époques de la maladie, et à peu près dans les mêmes proportions. Suivant M. Taupin, la *prostration* est, toutes choses égales d'ailleurs, un peu moindre chez les enfants. Le même auteur a, dans presque tous les cas, observé des *douleurs des membres*, et il a noté que, dans les cas où leur durée s'est prolongée, la taille des enfants avait pris un accroissement notable.

L'*épistaxis*, qui semblerait devoir être plus fréquente chez les enfants, l'est au contraire beaucoup moins; car M. Taupin ne l'a notée que trois fois sur cent vingt et un sujets, et M. Rilliet, qui l'a observée plus fréquemment, l'a trouvée néanmoins dans une proportion de cas beaucoup moindre que chez les adultes. La *surdité*, et surtout les *bourdonnements* d'oreille, sont notés dans une faible proportion, ce qui sans doute tient, en grande partie du moins, à la difficulté qu'on éprouve à en constater l'existence.

Les *taches rosées lenticulaires* se montrent dans la même proportion de cas que chez l'adulte, et ont la même marche; seulement leur évolution paraît être un peu plus rapide, et leur apparition un peu plus rapprochée du début de la maladie. Les *sudamina* ne présentent aucune différence; l'*érysipèle* n'a pas été mentionné. Les *eschares* se montrent comme chez l'adulte.

Le *mouvement fébrile* est très sensiblement le même. Ainsi on remarque les frissons, la chaleur, les sueurs, dans les mêmes circonstances, et leur intensité suit les mêmes variations; le *pouls* est seulement un peu plus fréquent; mais comme, dans l'enfance, cette fréquence proportionnelle existe dans l'état de santé, on peut considérer les faits comme identiques. On compte généralement de 120 à 140 pulsations dans les cas un peu graves, et parfois beaucoup plus. Plein, fort et vibrant

au début, le pouls devient petit, filiforme, difficile à compter après le premier septénaire, surtout chez les sujets qui doivent succomber.

Enfin, du côté des *organes respiratoires*, les enfants présentent les mêmes symptômes que les adultes, et l'on observe chez eux la *rétention d'urine*, lorsque les accidents cérébraux sont très intenses.

En résumé, la fièvre typhoïde des enfants est presque complétement identique avec celle des adultes, et j'aurais pu me borner à cette proposition, si je n'avais voulu montrer qu'elle est la conséquence d'une observation attentive et d'un examen détaillé.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie a paru avec raison un des points les plus importants de son histoire; c'est pourquoi je vais tracer rapidement le tableau général de cette affection, pour qu'on puisse bien saisir la succession des symptômes. J'indiquerai ensuite les périodes qu'on a admises et ce qui les caractérise.

Au début, après un état de malaise plus ou moins prolongé, ou plus souvent sans malaise préalable, frissons, céphalalgie, lassitude, brisement des membres, anorexie, soif, douleur de ventre, le plus souvent selles liquides et plus ou moins nombreuses.

La chaleur succède bientôt aux frissons et devient permanente, redoublant le soir, avec des sueurs fréquentes pendant la nuit. Il y a de la stupeur; la faiblesse augmente; les étourdissements, les éblouissements se déclarent.

Vers le septième ou huitième jour, la stupeur se change en somnolence; bientôt après survient le délire; le sommeil est mauvais, interrompu; il y a des rêvasseries fatigantes. La toux et les autres symptômes pulmonaires se déclarent. A peu près vers cette époque, surviennent les taches rosées lenticulaires, un peu plus tard les sudamina.

Les malades se plaignent de bourdonnements, de sifflements d'oreille, de surdité; la face est plaquée de rouge plus ou moins sombre; l'œil est à demi voilé, quelquefois brillant dans le délire; les narines, sèches, pulvérulentes; la langue, dans les cas graves, est difficilement tirée, elle se dessèche, s'encroûte, ainsi que les lèvres et les dents (fuliginosités); il survient du météorisme; la diarrhée fait des progrès; les nausées, les vomissements se déclarent dans un certain nombre de cas.

Jusqu'à l'époque de la maladie où nous sommes, le pouls est resté assez large et bat ordinairement de 100 à 110 fois par minute.

Plus tard, les phénomènes sont très différents, suivant que les sujets doivent succomber ou doivent guérir. Dans le premier cas, l'affaiblissement devient extrême; le délire alterne avec la somnolence ou même le coma; il se forme des eschares dans diverses parties du corps; le météorisme augmente; les selles sont parfois involontaires, et il y a fréquemment rétention d'urine; il survient des spasmes, des contractures, du tremblement dans diverses parties, de la carphologie. « Enfin, dit M. Louis (1), la mort survient, soit au milieu du délire, soit dans

(1) *Rech. sur la fièvre typhoïde*, 2e édit. Paris, 1848, t. II, p. 423.

une sorte de calme, les malades n'ayant perdu connaissance que quelques heures auparavant, quelquefois d'une manière imprévue. »

Le même auteur a décrit avec grand soin ce qui se passe chez les sujets atteints de fièvre typhoïde grave qui guérissent. « Après un certain temps, dit-il (1), à une époque plus ou moins éloignée du début, qui varie de quinze à cinquante jours et au delà, suivant la marche rapide ou lente de l'affection, les symptômes les plus graves et les plus caractéristiques, la somnolence, le délire, le météorisme, diminuaient, puis cessaient bientôt complétement; le nombre des selles était moins considérable, la soif moins vive; la langue se dépouillait de l'enduit plus ou moins brunâtre qu'on y observait assez souvent... La physionomie devenait plus naturelle; les malades commençaient à prendre part à ce qui les environnait, demandaient quelques aliments, semblaient en quelque manière renaître à la vie : sorte de résurrection extrêmement remarquable dans quelques cas où l'amélioration fut très-rapide. La chaleur diminuait, le pouls était moins accéléré, enfin toutes les fonctions revenaient peu à peu à leur état habituel. »

Convalescence. — Je viens d'indiquer le commencement de la convalescence dans un certain nombre de cas; mais il est quelques particularités qu'il faut encore mentionner. Un fait que nous devons d'abord signaler, c'est que la convalescence a toujours une assez longue durée, et que cette durée est généralement en rapport avec l'intensité de la maladie. Les malades restent pendant un certain temps faibles, incapables de se livrer au travail, promptement fatigués. L'amaigrissement, qui est d'autant plus considérable que la maladie a duré plus longtemps, disparaît assez lentement chez beaucoup de sujets; chez d'autres, il y a persistance de certains symptômes qui rendent la convalescence longue et difficile. Ainsi, quelques-uns conservent de la chaleur, une accélération du pouls parfois considérable, un peu de dévoiement; chez d'autres, le dévoiement survient dès qu'on veut augmenter un peu la quantité des aliments; d'autres enfin ont pendant la nuit des sueurs plus ou moins copieuses qui les maintiennent dans un état de faiblesse marqué. Il en est qui conservent pendant un temps plus ou moins long un affaiblissement de l'intelligence. Les eschares qui se sont formées dans les diverses parties du corps retardent aussi la convalescence, et, lorsqu'elles sont considérables, elles la rendent très longue et difficile, la séparation des parties mortifiées et la suppuration maintenant les malades dans un état de débilité plus ou moins considérable.

On a beaucoup discuté sur la *durée* de la fièvre typhoïde, parce qu'on a attribué à certains traitements une grande action sur la marche de la maladie. Je n'entrerai pas dans cette discussion; je dirai seulement que les cas cités comme guéris en sept ou huit jours sont très probablement des cas de fièvre simple continue; on en voit des exemples dans les écrits de plusieurs auteurs qui ont préconisé des traitements spéciaux. Parfois aussi il a pu y avoir des erreurs de diagnostic.

La durée de la fièvre typhoïde est très différente suivant les cas : dans les cas légers, elle varie de quatorze à vingt ou vingt-cinq jours; dans les cas graves, elle est de vingt à trente-cinq, quarante jours, et parfois beaucoup plus.

(1) *Loc. cit.*, t. II, p. 426.

La fièvre typhoïde est une des maladies aiguës dont la *terminaison* est le plus souvent fatale. Il est des cas où les symptômes sont d'une violence telle, qu'ils emportent les malades au bout de sept, huit ou dix jours ; ces cas sont rares. Le plus souvent la mort survient du quatorzième au trentième jour.

L'érysipèle, l'inflammation pseudo-membraneuse des voies aériennes, l'œdème de la glotte, la suppuration du pharynx hâtent la mort ou la déterminent par eux-mêmes ; M. Vigla a cité un cas de mort par rupture de la rate (1). Il est rare que les eschares soient assez considérables pour produire le même effet, mais ce n'est pas sans exemple. On a signalé la gangrène des membres (2). Chez un petit nombre de sujets, la mort est causée par un accident terrible : je veux parler de la *perforation de l'intestin*. Il en résulte une péritonite suraiguë qui emporte ordinairement les malades avec rapidité (voy. *Péritonite*).

Je dois ajouter que, d'après plusieurs auteurs, la péritonite peut survenir par extension de l'inflammation, sans perforation. Je dirai dans une autre partie de cet ouvrage quelle est ma manière de voir à cet égard ; je dois ajouter, toutefois, que M. Thirial (3) a cité deux observations dans lesquelles l'autopsie a été faite : aucune trace de perforation n'a été rencontrée ; mais on avait négligé de recourir à un moyen indispensable, je veux parler de l'insufflation intestinale, ce qui nous force à garder la même réserve que par le passé.

Dans quelques cas, la mort arrive subitement et d'une manière imprévue.

§ VI. — Formes de la maladie.

A l'époque où l'on commença à substituer le nom de *fièvre typhoïde* aux autres dénominations des fièvres graves, il était important de s'occuper des divers aspects, des diverses physionomies que peut présenter cette maladie. Il fallait, en effet, démontrer que ces fièvres, désignées sous les noms de fièvres *inflammatoire*, *bilieuse*, *muqueuse*, *nerveuse*, *ataxique ou adynamique*, ne sont autre chose que la fièvre typhoïde ; et un bon moyen de le démontrer, était de faire voir que celle-ci se présente avec tous les caractères de ces diverses fièvres. Mais aujourd'hui que le fait n'a plus besoin de démonstration, toutes ces distinctions de formes ne sauraient avoir un véritable intérêt que si elles ont une utilité pratique bien réelle, et si elles ne tendent pas à faire perdre de vue les caractères généraux de la fièvre typhoïde. Or, c'est ce qu'il s'agit d'examiner.

M. Chomel admet cinq formes dans la fièvre typhoïde : ce sont celles que je viens de mentionner tout à l'heure. La première est la *fièvre typhoïde inflammatoire*. Elle existe *surtout au début*, et est caractérisée par la plénitude, la fréquence du pouls, la chaleur, etc. Qui ne voit d'abord qu'une forme qui ne se montre qu'au début a déjà quelque chose de singulier ? La maladie pourra donc avoir toutes les formes : au début, inflammatoire ; plus tard, bilieuse ; plus tard encore, nerveuse ; enfin adynamique ? Il est évident que de semblables distinctions n'ont qu'un faible intérêt. Mais il y a plus : est-ce que, même lorsque les malades ont les symptômes que je viens d'indiquer, ils ne sont pas notablement affaiblis ? Il y a donc déjà de

(1) *Archives de médecine.*
(2) Bourgeois, *Arch. de méd.*, 1857, t. X, p. 149.
(3) *Union médicale*, 14 juillet 1853.

l'adynamie. Est-ce qu'ils n'ont pas des vertiges, de l'agitation, des rêvasseries ? y a donc de l'ataxie. Est-ce qu'ils n'ont pas la bouche pâteuse, des nausées, parf des vomissements? Voilà le caractère bilieux. Je pourrais passer ainsi en revue tc les états qui ont été signalés comme caractérisant des formes particulières, et to jours je trouverais que les symptômes de la fièvre typhoïde y sont réunis à un d gré plus ou moins élevé, et que si, au premier abord, il en est quelques-uns c semblent masqués par les autres, un examen un peu attentif les fait bientôt déco vrir. Qu'on examine, par exemple, un sujet dans l'*ataxie* la plus complète, bien un cas qu'on puisse citer comme un exemple de *fièvre nerveuse ;* est-ce q les voies digestives n'offrent pas de leur côté des symptômes de fièvre muqueus Est-ce que le malade n'est pas faible, tremblant sur ses jambes, pouvant à peine soutenir, couché sur le dos, hors des moments de paroxysme du délire? Est-ce q la chaleur de la peau n'est pas élevée?

[Toutefois, comme les formes qu'une maladie peut revêtir ont de l'importance point de vue du traitement, nous mentionnerons les caractères de chacune d'ell

Forme inflammatoire. — Apparence de pléthore, face vivement colorée, ye brillants; peau d'un rose clair, chaude, halitueuse. Fièvre vive, pouls large, plei dur, résistant, d'une fréquence modérée; tendance aux hémorrhagies et à des i flammations franches, comme la pneumonie; agitation, insomnie, délire; pas coma; langue sèche, mais sans fuliginosités. Marche franche, continue, rapid Jeunes gens pléthoriques, sanguins.

Forme bilieuse. — Au printemps et à l'automne, les fièvres typhoïdes prenne souvent le caractère bilieux. Il y a alors des nausées, des vomissements et des d jections de bile; la langue est pâteuse et couverte d'un enduit limoneux et jaunâtr teinte subictérique de la peau; les symptômes abdominaux, tels que le ballonn ment, le gargouillement, la diarrhée, sont plus prononcés que tous les autres acc dents; la fièvre est modérée et elle affecte surtout des caractères marqués *rémittence.*

Forme muqueuse. — Espèce extrêmement commune. Fièvre peu intense, pou mou et dépressible; *rémittence* bien caractérisée, comme dans la forme précédent Simple affaiblissement des forces, pas de prostration grave; tous les symptômes un degré modéré, mais tendance aux évacuations par toutes les voies : sueu abondantes, diarrhée muqueuse, catarrhe pulmonaire très marqué. Bénignité ex trême de la maladie, qui se termine presque toujours par la guérison. Durée ordi nairement courte : la maladie dépasse rarement le troisième septénaire.

Les fièvres typhoïdes à forme bilieuse ou muqueuse se montrent surtout à cer taines époques de l'année, principalement au printemps et à l'automne, et ell sévissent sous forme de petites épidémies. Comme elles sont presque sans gravité on a pu dire qu'il y a des *épidémies bénignes de fièvre typhoïde;* tandis qu'il y a par opposition, des *épidémies graves*, lorsque les formes ataxique et adynamiqu sont dominantes.

Forme adynamique. — Les anciens auteurs avaient distingué, avec juste raison l'*adynamie* et la *putridité.* Cette division, trop négligée de nos jours, a été repro duite récemment par M. Ch. Racle (1), à qui nous empruntons les détails suivants

(1) *De la thérapeutique générale*, thèse. Paris, 1845.

« Le caractère prédominant de l'*adynamie* est une faiblesse profonde qui se trouve dans toutes les fonctions. Ses symptômes sont les suivants : abattement des traits, air de stupeur, l'habitude extérieure traduit une prostration extrême ; décubitus dorsal, membres comme en résolution ; mouvements lents, difficiles ou impossibles, toujours pénibles ; quelques pathologistes, Pinel entre autres, ont même placé dans cette faiblesse de la contraction musculaire le caractère principal de l'adynamie. De cet état des muscles résulte la flaccidité des chairs. Sentiment de lassitude extrême. Céphalalgie très peu intense, obtusion des sens ; les yeux sont injectés, larmoyants, ou secs et couverts d'un voile muqueux. La sensibilité peut paraître abolie ; mais c'est de l'abolition de la perception que provient ce phénomène plutôt que d'une anesthésie véritable. L'intelligence, en effet, s'affaiblit : le malade est lent à répondre parce qu'il est lent à comprendre. Délire tranquille, surtout pendant la nuit ; marmottement ; quelquefois abolition complète de l'intelligence, de toute perception, qui peut aller jusqu'au coma le plus profond. Insomnie pendant laquelle les malades sont livrés à des rêvasseries fatigantes. L'état des fonctions du système nerveux est, en tout, opposé à ce que nous le verrons dans l'ataxie. Pouls petit, quelquefois d'une extrême fréquence, mais toujours mou et facile à faire disparaître par la plus légère pression ; c'est dans ce dernier caractère du pouls que l'on peut trouver un des meilleurs signes de l'adynamie. La chaleur de la surface du corps a diminué partout, mais surtout aux extrémités ; les malades sont vivement impressionnés par le froid extérieur, et quelquefois ils ne conservent leur chaleur que parce qu'ils restent couverts. La peau est souvent couverte d'une sueur grasse, froide et fétide ; elle est terreuse, flétrie, ridée ; à la face elle est pâle comme chez les individus exsangues. Disposition générale à la gangrène, surtout dans tous les points des téguments qui sont comprimés sur le lit ou qui sont le siége d'une irritation quelconque. Le tissu cellulaire des membres inférieurs s'infiltre souvent. Enfin des hémorrhagies sont très habituelles dans l'adynamie, ce qui en augmente encore la gravité. Ces hémorrhagies se manifestent surtout à la surface des muqueuses ; celles des fosses nasales, de l'intestin, de l'utérus, en sont le siége le plus ordinaire. Les ecchymoses sont des accidents du même ordre. Le sang fourni par les hémorrhagies ou par les saignées est dissous, et ne se coagule qu'imparfaitement ; il est noirâtre et analogue à une gelée mal formée..... Narines sèches, pulvérulentes ; respiration sans caractère particulier, quelquefois ralentie. L'adynamie présente encore, du côté des voies digestives, des signes si importants, qu'ils pourraient, dans beaucoup de cas, servir seuls à la faire reconnaître. La langue est sèche, brune ou noirâtre, tremblante ; elle est, ainsi que les lèvres et les dents, couverte d'un enduit fuligineux qui l'empêche de se mouvoir. Soif nulle. Déglutition gênée, sonore, ou rendue impossible par une paralysie du pharynx. Ventre énormément distendu par des gaz ; selles liquides, noirâtres, fétides, abondantes ou fréquentes, souvent involontaires. Urine quelquefois retenue par une paralysie de la vessie.

» Dans l'état de *putridité*, on observe : sentiment d'ivresse, chaleur du front et céphalalgie obtuse ; stupeur ; ouïe difficile ; yeux couverts d'une couche muqueuse, ne se fermant pas entièrement et laissant apercevoir la sclérotique ; réponses lentes ; marmottement ; coma ; figure terreuse ; narines sèches, comme enduites de suie ; lèvres, dents, gencives et langue couvertes de fuliginosités noires et dessé-

chées; aussi la langue, tremblante, ne peut-elle pas sortir de la bouche; parotides; haleine cadavéreuse; déglutition difficile, sonore; déjections diarrhéiques très fétides, brunes ou noires, involontaires; météorisme. Chaleur mordicante, pétéchies, ecchymoses, vergettures; sueurs grasses, visqueuses, les extrémités étant froides; carphologie, soubresauts des tendons; décubitus dorsal, abandonné, le corps tombant vers les pieds. Hémorrhagies diverses, soit aux surfaces naturelles, soit aux surfaces des plaies. Gangrénescence facile aux points pressés par le lit; le pouls, petit, devient nu. Enfin, mort après que la connaissance est revenue. »

Comme on le voit, d'après ces descriptions, l'*adynamie pure* indique simplement la diminution ou l'anéantissement des forces, tandis que la *putridité* donne lieu de penser qu'il existe une sorte d'intoxication ou d'état septique, qui produit la dissolution du sang et l'altération de tous les liquides de l'économie.

Forme ataxique ou nerveuse. — Selon quelques auteurs, l'ataxie serait uniquement caractérisée par le délire; selon d'autres, par des accidents dépendant du système nerveux. A notre sens, l'ataxie existe soit quand il se manifeste des accidents nerveux, soit quand il y a un défaut d'harmonie ou d'équilibre entre les divers symptômes d'une maladie.

Dans la fièvre typhoïde à forme *ataxique*, les malades ont la face pâle, les traits amincis et contractés; les sourcils sont froncés; des mouvements convulsifs, légers et involontaires, parcourent la face, comme des éclairs; les lèvres, la langue, sont affectés de tremblement; la parole est brève et saccadée; il y a du délire, souvent aigu et furieux, bien différent de la typhomanie. Les malades, loin d'avoir l'abattement de l'adynamie, sont agités et continuellement en mouvement; quelquefois ils se lèvent, mais ne peuvent marcher, à cause de la faiblesse et du tremblement des jambes. Les bras et les mains sont continuellement agités; les malades semblent recueillir en l'air des objets flottants (carphologie), ou bien ils ramènent vers eux les couvertures et les objets qui sont sur leur lit (crocidisme); enfin il y a des soubresauts des tendons. Dans cet état, le pouls est serré, petit, intermittent, irrégulier; la peau est ordinairement fraîche, et la température du corps est abaissée. La respiration est irrégulière; il y a de la toux nerveuse, du hoquet. Enfin les symptômes du côté du tube digestif sont généralement peu prononcés.

Les symptômes de l'ataxie et de l'adynamie s'associent assez souvent pour donner lieu à une forme mixte que l'on nomme, avec juste raison, *ataxo-adynamique.*

On a décrit une forme *rémittente* de la fièvre typhoïde. Nous ignorons si, dans d'autres climats, on ne peut pas observer des cas de cette nature; en France et à Paris, ils sont inconnus. Mais il est évident, pour tous les observateurs, que la fièvre typhoïde commence quelquefois par des phénomènes d'*intermittence* ou de *rémittence.* Ce mode d'invasion ne se montre pas indifféremment à toutes les époques; il y a des années où il est assez commun, et nous signalerons surtout l'année 1846, où, dans tous les hôpitaux, on voyait la fièvre typhoïde débuter par une fièvre intermittente ou rémittente, qui ne cédait pas au quinquina; la maladie prenait par degrés la forme continue, et finalement l'apparence de l'affection typhoïde.

En conséquence, dans les localités où ne règnent pas les maladies paludéennes, on devra suspecter les affections à type rémittent, et soupçonner qu'elles peuvent n'être, au début, que le *masque* d'une fièvre continue.

Nous devons ajouter que M. le docteur Worms (1) n'admet pas la fièvre continue proprement dite ; il ne voit dans celles qu'on appelle ainsi qu'une chaîne d'accès, quelquefois difficiles à distinguer, mais qui n'en existent pas moins : aussi verrons-nous plus loin les conséquences que ce médecin en tire pour le traitement.

Enfin la fièvre typhoïde peut se manifester avec des symptômes si légers, que les malades ne sont pas obligés de s'aliter. Ils éprouvent seulement des malaises, de l'affaiblissement, de la diarrhée ; ils peuvent encore vaquer à leurs occupations. C'est la forme dite *latente* ou *insidieuse*. Mais la maladie, si nous osons ainsi dire, ne perd pas ses droits, et son réveil est terrible ; c'est, en effet, dans la plupart des cas de ce genre que l'on voit survenir, pendant la convalescence, les *perforations intestinales* et la *péritonite mortelle*, qui en est la conséquence.

La distinction des formes de la fièvre typhoïde est tellement réelle et importante, que les anatomistes eux-mêmes y ont souscrit ; seulement ils ont pris leur point de départ dans les organes qui paraissent être le plus vivement affectés : de là les formes *cérébrale*, *thoracique*, *abdominale* (2). Dans ce mode particulier de classification, la forme cérébrale correspond aux formes ataxique et adynamique, la forme thoracique à la forme muqueuse, et la forme abdominale à la forme bilieuse de tous les auteurs.

Quant aux formes *sidérante* et *arthritique*, elles sont établies sur des circonstances de médiocre intérêt].

§ VII. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ont été décrites avec un soin extrême par M. Louis d'abord, et ensuite par un bon nombre d'auteurs. Je ne donnerai qu'un court résumé de leurs recherches.

Commençons par la lésion principale, celle des glandes de Peyer. Ces glandes peuvent être altérées de deux manières différentes. Tantôt les plaques se montrent rouges, tuméfiées, avec un ramollissement notable de la membrane muqueuse et du tissu sous-muqueux : c'est ce que l'on a nommé *plaques molles* (Louis) ou *réticulées* (Chomel). Tantôt, au contraire, elles offrent une dureté remarquable ; le tissu sous-muqueux est transformé, dans une partie de la plaque ou dans toute son étendue, en une matière homogène, sans organisation apparente, luisante à la coupe et plus ou moins résistante ou friable. Quant à la membrane muqueuse, elle présente les mêmes altérations que dans le cas précédent : cette deuxième forme de la lésion des plaques est celle à laquelle on a donné le nom de *dure* (Louis) ou de *gaufrée* (Chomel).

Cette altération n'est que le prélude d'une lésion plus profonde qui ne tarde pas à survenir : je veux parler de l'ulcération. Celle-ci, parfaitement circonscrite dans les limites des plaques, présente des variétés d'étendue, de profondeur, de couleur, etc., qu'il serait trop long de décrire ici. J'ajouterai seulement que c'est vers la fin de l'iléon qu'on trouve ces altérations des plaques ; que, lorsqu'elles sont nombreuses, c'est là qu'on en trouve la plus grande quantité ; que, lorsqu'il n'y en

(1) *Du traitement de la fièvre typhoïde*, par J. Guipon. Thèse, Paris, 1852.
(2) Littré, *Dictionnaire* en 30 vol., art. DOTHIÉNENTÉRIE.

a que quelques-unes, c'est encore là qu'on les rencontre; de sorte que leur siége est parfaitement déterminé. Je ne dirai également qu'un mot sur la terminaison des ulcérations : tantôt elles se cicatrisent, ce dont on s'est assuré par l'ouverture des corps, chez des sujets qui ont succombé à une période avancée de la maladie; tantôt, mais bien rarement, l'intestin est entièrement perforé, et les matières qu'il contenait donnent lieu, en s'épanchant, à une péritonite extrêmement aiguë. Dans un certain nombre de cas, on trouve les follicules de Brunner altérés de la même manière, et cela non-seulement dans la fin de l'intestin grêle, mais même dans le gros intestin.

Le premier degré de l'altération des plaques s'est montré dès le cinquième ou le sixième jour (Bretonneau, Andral), ou au moins vers le septième ou le huitième (Louis, Chomel). E. Boudet (1) a observé un cas de mort survenue en moins de six jours, et qui offrait des ulcérations intestinales profondes.

On trouve en outre, dans l'intestin grêle, des signes d'inflammation de la muqueuse; mais ils sont loin d'être constants.

Les *glandes mésentériques* qui correspondent aux plaques affectées présentent aussi des altérations notables; elles sont gonflées, plus ou moins rouges, ramollies, et souvent présentent une suppuration manifeste. Ce qui prouve que ces altérations sont en rapport direct avec celles de l'intestin, c'est que les glandes sont d'autant plus altérées qu'on se rapproche davantage de la valvule iléo-cæcale où les plaques sont le plus fortement atteintes; que si celles-ci ne sont pas encore ulcérées, les ganglions mésentériques ne sont que ramollis, tandis que leur suppuration par points jaunes disséminés, ou par petits foyers, correspond à l'ulcération des plaques. Enfin, lorsqu'il y a eu un mouvement rétrograde dans la lésion intestinale, on en trouve un semblable dans la lésion mésentérique.

La rate est altérée, tuméfiée, parfois considérablement ramollie, se réduisant en bouillie. On ne la trouve à l'état normal que lorsque les sujets ont succombé fort tard.

Des ulcérations dans le pharynx, dans l'œsophage, dans l'estomac, dans le gros intestin; l'épaississement, le ramollissement de la muqueuse stomacale, des ganglions cervicaux, du foie, des reins, se montrent seulement dans un certain nombre de cas.

On trouve chez quelques sujets des pseudo-membranes dans les voies aériennes, sur l'épiglotte; chez d'autres, on voit un œdème de la glotte. La splénisation et l'hépatisation des poumons sont des lésions beaucoup plus fréquentes, mais peu étendues.

On voit sur la peau les traces des lésions indiquées dans la description des symptômes.

Quelquefois on trouve des fausses membranes minces sur l'arachnoïde et un certain degré de ramollissement du cerveau. J'ai indiqué plus haut la gangrène de la vessie.

Je ne pousse pas plus loin cette description, parce que je pense qu'il vaut beaucoup mieux examiner rapidement la valeur de la lésion principale, c'est-à-dire des ulcérations des glandes de Peyer.

(1) *Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1846, t. XI, p. 161.

Quelle est la lésion caractéristique de la fièvre typhoïde? — Il y a quelques années, une discussion s'est élevée sur la valeur des caractères anatomiques de la fièvre typhoïde; et quelques auteurs, rassemblant un certain nombre de cas dans lesquels on avait cru voir les symptômes de la fièvre typhoïde, et qui ne présentaient pas la lésion caractéristique des glandes de Peyer, soutinrent l'opinion que cette lésion, n'étant pas constante, ne pouvait pas être considérée comme essentielle. Depuis lors, la constance de cette altération ne s'étant pas démentie, la discussion perd de son importance, et un petit nombre d'explications suffira.

J'ai traité ailleurs cette question (1) en soumettant les faits à un examen rigoureux, et voici ce qui est ressorti de cet examen. M. Louis a cité une observation (obs. 52) dans laquelle les symptômes se rapportaient très bien à la fièvre typhoïde, et cependant on ne trouva à l'autopsie aucune lésion des glandes de Peyer. M. Andral a rapporté un cas à peu près semblable, et en outre il a rassemblé neuf observations qui présentaient ce que l'on a appelé l'*état typhoïde*, mais dans lesquelles on trouvait des lésions particulières, telles que la phlébite, un érysipèle gangréneux, etc. J'ai démontré que ces dernières observations devaient être mises de côté, et ne pouvaient être prises pour des fièvres typhoïdes. Restent donc les deux premières. Je n'en discuterai pas ici la valeur, et je me bornerai à dire qu'il y a eu, dans ces deux cas, une erreur presque inévitable de diagnostic. C'est là, en effet, la conclusion à laquelle j'étais arrivé, et ce qui s'est passé depuis cette époque a prouvé combien cette conclusion était légitime. Le diagnostic de la fièvre typhoïde devenant, en effet, de plus en plus certain, on n'a plus trouvé de cas semblables, et constamment la lésion caractéristique des glandes de Peyer est venue montrer qu'elle constitue réellement un caractère anatomique essentiel de cette affection.

M. Lombard et quelques médecins anglais ont, il est vrai, cité des cas nombreux dans lesquels manquait l'altération des glandes de Peyer; mais il est aujourd'hui démontré, et c'est un point que j'établirai plus loin (2), qu'il s'agissait, dans ces cas, d'une maladie particulière, différente de la fièvre typhoïde; et dans laquelle l'absence de lésion intestinale est un caractère négatif, tout aussi essentiel que celui dont nous venons de parler l'est d'une manière positive dans la maladie qui nous occupe. C'est ainsi que M. Louis a envisagé les faits dans sa deuxième édition, et cette manière de voir a été partagée par les auteurs qui ont écrit depuis. J'ajoute que Chomel a constamment trouvé les plaques de Peyer altérées, et qu'il en est de même d'un grand nombre d'autres médecins.

§ VIII. — Rapports des lésions et des symptômes, nature de la maladie.

On a beaucoup écrit pour démontrer que, dans la fièvre typhoïde, il n'y a pas un rapport direct entre les lésions et les symptômes; et, de cette opinion ainsi mise en avant, on a conclu d'abord que la lésion qui la caractérise est secondaire, et, en second lieu, qu'elle est une maladie primitivement générale de la même nature que les fièvres éruptives. Disons d'abord qu'il y a une très grande exagération dans cette manière d'interpréter les faits. Si, en effet, on analyse avec soin les

(1) *Considér. sur la fièvre typhoïde*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 3e série, 1839, t. V, p. 75.)
(2) Voy. article *Typhus*.

observations, comme l'a fait M. Louis, on trouve que, dans la très grande majorité des cas, les lésions correspondent fort bien aux symptômes : ainsi nous voyons que les phénomènes abdominaux se montrent dès le commencement de la maladie, en même temps que les plaques commencent à s'altérer; que les symptômes généraux sont d'autant plus violents que les altérations intestinales sont plus profondes et plus étendues; que celles-ci prennent de l'accroissement à mesure que les symptômes généraux augmentent; enfin, que de nouveaux symptômes locaux viennent correspondre au développement des nombreuses lésions secondaires qui ont été signalées plus haut. En est-il autrement dans les phlegmasies ordinaires? Il est vrai que, dans quelques cas, on a vu des symptômes très intenses correspondre à l'ulcération d'un petit nombre de plaques; mais c'est ce que nous voyons encore dans les phlegmasies ordinaires, qui quelquefois donnent lieu aux phénomènes les plus violents, bien que la lésion locale soit peu étendue. Faut-il donc en conclure que la fièvre typhoïde n'est qu'une simple phlegmasie? C'est ce qu'ont avancé les médecins qui lui ont donné le nom d'*entérite folliculeuse;* mais, ainsi que le fait remarquer M. Louis (1), elle s'éloigne de la plupart des maladies aiguës par sa durée généralement longue, parce qu'elle peut se propager par voie de contagion, et qu'elle n'atteint le même individu qu'une fois dans la vie. D'un autre côté, le même auteur (p. 515) fait remarquer qu'elle s'éloigne des affections éruptives par son développement généralement spontané, et parce que la lésion qui lui est propre a, dans la grande majorité des cas, plus de gravité et est plus en rapport avec les symptômes que celles qui caractérisent ces affections.

Enfin M. Louis, après une discussion approfondie, arrive à cette conclusion générale : « Elle diffère (la fièvre typhoïde) de toutes les maladies aiguës inflammatoires, éruptives ou non, par le caractère et le nombre des symptômes qui lui appartiennent, symptômes qui ne diffèrent que par le degré dans les cas graves et dans les cas légers; par la double faculté qu'elle possède de pouvoir se développer spontanément et par contagion; par les limites de l'âge après lequel on ne l'observe plus, tandis que les autres affections aiguës ont lieu à toutes les époques de l'existence, bien que dans des proportions variées; par la constante régularité de la lésion qui lui est essentielle, et qui commence toujours par le même point, ce qui n'a pas lieu au même degré pour aucune autre affection; par le nombre de ses lésions, et surtout par la tendance à l'ulcération; je ne dirai pas par l'état des liquides, puisqu'il est démontré que l'altération du sang n'a rien de propre, au moins d'après les faits connus jusqu'ici, à l'affection typhoïde. »

On le voit donc, la fièvre typhoïde est une affection d'une nature particulière, et ce n'est qu'en forçant les analogies qu'on l'assimile, soit aux phlegmasies, soit aux fièvres éruptives.

§ IX. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de la fièvre typhoïde est devenu, comme je l'ai dit plus haut, assez sûr, pour que le nombre des cas où l'erreur de diagnostic est possible soit très limité; mais nous avons vu aussi que quelquefois les médecins les plus habiles rencontrent des difficultés insurmontables; et, d'un autre côté, la grande multi-

(1) *Rech. sur la fièvre typhoïde*, t. II, p. 516.

; des symptômes de la fièvre typhoïde lui donne tant de points de contact les autres maladies, que cette partie de son histoire demande quelques déve-ments. Je pense qu'il est utile d'étudier, comme l'a fait Chomel, le dia-ic au début de l'affection, vers le milieu de son cours et à une époque plus ée.

ı *début*, tout le monde en convient, il est souvent très difficile d'établir le ostic de la fièvre typhoïde; aussi est-il prudent de ne pas se prononcer d'une ère absolue. Cependant, dit l'auteur que je viens de citer, et l'on doit recon-e la justesse de sa proposition, il est alors même un grand nombre de cas où, es premiers jours, on peut soupçonner la nature de la maladie. En effet, si sion a lieu subitement; si, aux phénomènes fébriles prononcés qui se mani-ıt sans causes appréciables, se joint une céphalalgie permanente, avec éblouis-nts et vacillation dans la marche et la station, chez un sujet placé dans les con-ns d'âge indiquées, surtout s'il habite depuis peu de temps une grande ville, et a lieu de croire qu'il n'a pas encore eu la fièvre typhoïde, il sera de toute abilité qu'il est atteint de cette maladie. Ce soupçon acquerra plus d'impor-; si, à ces premiers phénomènes, on voit se joindre successivement, et dès le ıd ou le troisième jour, comme il arrive souvent, quelques-uns des autres ıtômes qui sont communs à un moins grand nombre de maladies, tels que le iement, la prostration, un commencement de stupeur et une ou plusieurs ırrhagies nasales.

ue si nous recherchons maintenant quelles sont les affections avec lesquelles la die pourrait être confondue à cette époque, nous trouvons d'abord la *courba-*, les diverses *fièvres éruptives* et la plupart des maladies aiguës commençantes, ıd les symptômes locaux n'ont pas acquis une assez grande intensité pour rendre ɪn de la violence des symptômes généraux, et, à plus forte raison, quand ils ıt pas encore paru. Je mets d'abord de côté ces derniers faits; car, vouloir les er en revue, ce serait entrer dans des détails interminables; qu'il me suffise de qu'un examen attentif de tous les jours fait bientôt découvrir la lésion locale lève tous les doutes, et que, d'un autre côté, la fièvre typhoïde est toujours arquable par la multiplicité de ses symptômes.

e diagnostic entre la fièvre typhoïde et les *fièvres éruptives*, à la période d'in-on, est souvent difficile; ce qui mettra le mieux sur la voie, c'est : dans la *geole*, le coryza et la bronchite; dans la *scarlatine*, l'angine; dans la *variole*, les leurs lombaires, abdominales, pectorales, et dans toutes, l'absence des sym-nes abdominaux qu'on trouve dans la fièvre typhoïde. [Ajoutez que, dans les ·es éruptives, on observe, avant les manifestations à la peau, une éruption de geurs ou de pustules à l'isthme du gosier.] Mais, nous le savons maintenant, ɪremiers symptômes peuvent manquer et les seconds exister, et il y a, par con-ıent, toujours un certain nombre de cas très obscurs. Remarquons, du reste, l ne s'agit ici que des fièvres éruptives d'une assez grande intensité; car, dans cas légers, les symptômes nerveux, la prostration, sont beaucoup moins pro-cés que dans la fièvre typhoïde : la stupeur manque, ainsi que les symptômes ominaux.

ɥuant à la *fièvre éphémère* ou *courbature*, elle peut donner lieu à des sym-nes assez intenses, mais non aux phénomènes nerveux indiqués plus haut, et

d'ailleurs, douze, vingt-quatre ou au plus trente-six heures suffisent pour dissiper les doutes.

Dans quelques cas, la fièvre typhoïde débute comme une *fièvre intermittente.* M. Louis a cité un cas de ce genre, et j'en ai vu un semblable à l'hôpital Beaujon. En pareille circonstance, il faut nécessairement attendre un certain temps pour se prononcer. Les symptômes caractéristiques de la fièvre typhoïde ne tardent ordinairement pas à se produire.

A une époque plus avancée de la maladie, dans la période moyenne, suivant la division de Chomel, on pourrait confondre la fièvre typhoïde avec une affection cérébrale ou méningienne, ou bien avec toute autre affection fébrile grave qui donne lieu à des symptômes cérébraux plus ou moins intenses. On sent qu'il serait impossible de passer en revue toutes ces maladies. C'est par un examen attentif de l'état de tous les organes et de toutes les fonctions qu'on arrive au diagnostic des affections abdominales, pectorales ou autres qui simulent plus ou moins bien la fièvre typhoïde. A ce sujet, je ne puis m'empêcher de dire un mot de l'*état typhoïde* dont on a tant parlé. Cet état typhoïde n'est autre chose que l'ensemble des phénomènes fébriles aigus que peuvent présenter des affections très diverses. Ces phénomènes sont des symptômes communs, et ce n'est pas sur eux que doit se fonder le diagnostic. Si on leur a donné le nom d'état typhoïde, c'est uniquement parce que l'affection typhoïde les présente en général à un plus haut degré que les autres affections aiguës. Mais ce qui distingue véritablement la fièvre typhoïde, c'est la marche de ces symptômes, c'est la stupeur et les phénomènes nerveux, alors même que la maladie ne semble pas avoir atteint un très haut degré de gravité; c'est la grande prostration dans les mêmes circonstances, c'est la grande fréquence de l'épistaxis, la présence des taches rosées lenticulaires, les symptômes abdominaux, le météorisme, les sudamina. Si, en effet, on trouve quelquefois ces symptômes dans les autres affections, c'est dans des cas rares, et encore ne se montrent-ils pas réunis.

Les mêmes réflexions s'appliquent aux *fièvres rémittentes* et *pseudo-continues.* Quant au *typhus nosocomial* et au *typhus fever*, j'aurai à m'expliquer sur ce point de diagnostic dans l'article suivant.

Après ces généralités qui me paraissent suffisantes, il me reste à donner le diagnostic de la fièvre typhoïde, de l'*entérite* et de la *fièvre simple continue.* Il ne suffit pas, en effet, de rechercher si ces dernières maladies diffèrent de la première à telle ou telle période, il faut encore s'assurer que leurs symptômes diffèrent, à toutes les époques, de ceux de la fièvre typhoïde.

Le diagnostic différentiel de la fièvre typhoïde et de l'*entérite* n'a plus l'importance qu'il avait à l'époque où Broussais professait que la fièvre typhoïde n'était qu'une entérite violente. Aujourd'hui tout le monde convient qu'il y a autre chose qu'une entérite ordinaire, et ceux qui regardent encore l'affection comme une inflammation intestinale reconnaissent du moins qu'elle a quelque chose de tout spécial. Cependant il est bon de consigner ici sommairement ce diagnostic, que M. Louis (1) a exposé avec le plus grand soin.

Dans l'*entérite*, la diarrhée est plus considérable et cède avec une extrême promp-

(1) *Examen de l'examen de M. Broussais*, etc. Paris, 1834.

ide; les douleurs de ventre sont également plus intenses et plus promptement evées. Il y a, dans un certain nombre de cas, du ténesme. Le météorisme ıque presque constamment, et, s'il existe, il est léger et disparaît promptement. rate n'est pas tuméfiée. Dans la majorité des cas, l'appétit n'est pas perdu. La gue est à peine blanchâtre. Le pharynx est à l'état normal. La céphalalgie n'existe sque jamais, et, dans le cas contraire, elle est légère. Pas de somnolence; inigence intacte; pas de prostration, ni d'éblouissements, ni de spasmes, ni de ırdonnements d'oreille. Ouïe et vue à l'état normal. Ni épistaxis, ni sudamina, aches rosées lenticulaires. A peine quelques légers frissons dans quelques cas; ı ou point de chaleur. Pouls de 50 à 70 pulsations, rarement à 80. Durée de s à quatre jours à partir de l'entrée des malades à l'hôpital. L'entérite attaque s les âges; ne cause pas la mort. Je n'ai pas besoin de rappeler les symptômes la fièvre typhoïde pour montrer combien ils diffèrent. Je les mettrai en regard ceux que je viens d'énumérer, dans le tableau synoptique.

.es signes diagnostiques de la *fièvre simple continue* ont été notés avec soin M. Davasse (1). Je vais indiquer rapidement les principaux : Dans la fièvre ple continue, le pouls est plein, fréquent, d'une régularité parfaite à toutes les ques de la maladie; la chaleur de la peau n'est jamais âcre ni brûlante; pas de peur ni de prostration considérable; pas de taches rosées lenticulaires; langue lement blanche ou jaunâtre; pas de fuliginosités; symptômes abdominaux nuls légers; frissons nuls ou rares et légers; début brusque; guérison sans conva-:ence.

'rus, à la suite de son *Rapport à l'Académie de médecine sur la peste*, a osé ainsi qu'il suit le diagnostic différentiel de la peste et de la fièvre typhoïde (2): ans la fièvre typhoïde il y a des prodromes, il n'y en a point dans la peste; s la fièvre typhoïde il y a de la diarrhée, il n'y en a point dans la peste; dans la re typhoïde il y a des taches lenticulaires, il n'y en a point dans la peste; dans ièvre typhoïde, il y a du météorisme et du gargouillement dans la fosse iliaque ite, il n'y en a point dans la peste.

» Dans la peste il y a des bubons, les bubons sont très rares et tout à fait excepınels dans la fièvre typhoïde; dans la peste il y a des pétéchies, elles sont rares s la fièvre typhoïde; dans la peste il y a engorgement des ganglions lymphaues de tout le corps, ecchymoses dans le péricarde, dans les plèvres, etc.; dans ièvre typhoïde, engorgements des ganglions mésentériques seulement, accidenement dans les autres parties; éruptions et ulcérations intestinales. »

Il me resterait maintenant à parler de certaines *phlébites*, de la *résorption purute;* mais, dans la grande majorité des cas, le point de départ de ces maladies nt dans une blessure, une plaie quelconque, il n'y a pas d'erreur à craindre; pour les autres, il suffira de recourir à l'article où je parlerai de l'infection pulente (3).

Enfin, ainsi que je l'ai dit plus haut, il est des cas de *fièvre typhoïde latente*, dans quelques-uns de ces cas, quelle que fût leur bénignité apparente, on a vu venir un accident mortel : la *perforation intestinale*. Il est évident que la

1) *Des fièvres éphémère et synoque*, thèse. Paris, 1847.
2) *Bull. de l'Acad. de méd.* Paris, 1847, t. XII, p. 1042.
3) Voy. article *Phlébite*.

plupart des symptômes manquant, ces cas offrent toujours de grandes difficultés. Cependant on peut arriver au diagnostic en tenant compte de la longue durée des symptômes; on doit dire, en effet, avec Chomel, qu'il faut soupçonner une fièvre typhoïde quand il y a un mouvement fébrile dont aucune lésion appréciable ne rend compte, quand il dure plus de huit ou dix jours, et cela quelque léger qu'il soit.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la fièvre typhoïde et de l'entérite simple.*

FIÈVRE TYPHOÏDE.	ENTÉRITE.
Diarrhée *médiocre ; de longue durée.*	Diarrhée généralement *considérable; cède facilement à un traitement simple.*
Douleurs de ventre *peu intenses; durent longtemps.*	Douleurs de ventre *vives; cèdent promptement.*
Pas de ténesme.	Parfois *ténesme.*
Météorisme.	Météorisme *excessivement rare, toujours léger et de courte durée.*
Rate *tuméfiée; parfois douloureuse.*	Rate *normale.*
Anorexie.	Le plus souvent *appétit conservé.*
Langue *sèche, brune, fendillée,* etc.	Langue seulement *blanchâtre.*
Pharynx *offrant souvent des lésions.*	Pharynx normal.
Céphalalgie *constante.*	Céphalalgie *rare et légère.*
Prostration, somnolence; éblouissements, bourdonnements d'oreille; spasmes, épistaxis.	*Aucun de ces symptômes.*
Taches rosées lenticulaires, sudamina.	*Absence de ces symptômes.*
Appareil fébrile *plus ou moins intense.*	Appareil fébrile *nul ou très léger.*
Durée toujours *plus ou moins longue.*	Durée rendue *très courte* par un traitement simple.
Mortalité toujours *notable.*	Mortalité *nulle.*

2° *Signes distinctifs de la fièvre typhoïde et de la fièvre simple continue.*

FIÈVRE TYPHOÏDE.	FIÈVRE SIMPLE CONTINUE.
Pouls à une époque avancée, *petit, faible, parfois intermittent.*	Pouls toujours *plein et régulier.*
Chaleur souvent *âcre, brûlante, pénible pour le malade.*	Chaleur *médiocre, douce, non pénible pour le malade.*
Stupeur, prostration, taches rosées lenticulaires.	*Aucun de ces symptômes.*
Langue *ut suprà.*	Langue *ut suprà.*
Symptômes abdominaux *notables.*	Symptômes abdominaux *nuls ou légers.*
Frissons initiaux.	Frissons *nuls ou rares et légers.*
Début *progressif.*	Début *brusque.*
Convalescence *plus ou moins longue.*	Convalescence *nulle.*

Pronostic. — Si nous voulons établir le pronostic d'une manière générale, nous pouvons dire que la fièvre typhoïde est une maladie grave; car, dans toutes les statistiques, même dans celles qu'on a données comme les plus favorables à certains traitements, la mortalité est notable. Mais les cas de fièvre typhoïde se présentent avec un appareil de symptômes si variable sous le rapport de la gravité, que cette proposition générale n'a qu'une faible importance, et qu'il faut nécessairement descendre dans les détails. M. Louis, ayant examiné séparément ces sym-

mes chez les sujets qui sont morts et chez ceux qui ont guéri, n'a rien laissé à re, sous ce rapport, à ceux qui sont venus après lui, et nous n'avons qu'à lui prunter ses conclusions.

Une diarrhée abondante et persistante, des selles involontaires annoncent une ez grande gravité de l'affection. Les hémorrhagies intestinales offrent plus de nger encore. Le météorisme très considérable est un symptôme fâcheux. Il en de même de la dysphagie, de la somnolence et du délire qui se manifestent à e époque voisine du début; une certaine perversion de l'intelligence qui fait e aux malades qu'ils vont bien; des spasmes, et surtout de la contraction permanente des membres. L'extrême prostration, l'apparition de l'érysipèle, les hares de la peau sont aussi d'un augure fâcheux.

Parmi les symptômes qui viennent d'être énumérés, il n'en est pas de plus aves que les spasmes et les contractures; mais ceux-là même n'annoncent pas cessairement une terminaison funeste; et, d'un autre côté, on voit des individus i n'ont pas offert ces derniers symptômes, et qui n'ont présenté les autres qu'à faible degré, succomber au bout d'un temps plus ou moins long. C'est ce qui fait dire, avec raison, à tous les auteurs qui ont étudié la fièvre typhoïde, qu'il st pas de maladie aiguë dans laquelle on doive être plus réservé dans le pronostic.

Lorsque le pouls devient filiforme, très fréquent, misérable; qu'il est intermitt et inégal; que la prostration est extrême, la somnolence continuelle et l'intelence abolie, la mort est imminente.

Le pronostic est moins grave avant l'âge de quinze ans qu'après cet âge. C'est qui résulte des recherches de MM. Taupin, Barthez et Rilliet.

§ X. — Traitement.

Dans ces dernières années, il s'est élevé des discussions fort vives à propos du itement de la fièvre typhoïde. Plusieurs médications ont été préconisées avec leur, et des faits nombreux ont été cités, analysés et interprétés en faveur des inions les plus diverses. Je ne peux pas entrer dans tous les détails que comport les graves questions qui se rattachent à ce point de pathologie; je dirai seulent que j'ai examiné attentivement les faits, que j'ai étudié les arguments prétés de part et d'autre, et que ce que je vais dire est le résultat de cette étude entive.

Émissions sanguines. — Nous devons d'abord nous occuper des *émissions sanines modérées*, telles que les conseillaient Chomel et M. Louis avant ces derres années (1). Il résulte des faits recueillis par le dernier de ces auteurs, que fluence de la *saignée modérée* est très limitée, et que néanmoins quelques lades en éprouvent du soulagement. Quelques médecins, et en particulier larroque (2), ont avancé que la saignée produit toujours de mauvais effets

(1) Il ne faut pas oublier que c'est à dessein que je ne fais pas usage des documents qui s sont fournis par nos prédécesseurs. Leur diagnostic étant incertain, on ne saurait tenir pte de leurs conclusions thérapeutiques, et je ne peux pas admettre, avec M. Forget *ité de l'entérite folliculeuse*, Paris, 1841, p. 558), qu'il puisse y avoir la moindre utilité *onsulter*, sous ce rapport, *les oracles de l'histoire*; je dis plus, il y aurait un danger réel.

(2) *Traité de la fièvre typhoïde.* Paris, 1847.

dans la fièvre typhoïde; mais rien ne prouve l'exactitude de cette assertion. Presque tous les praticiens admettent seulement que les saignées trop abondantes peuvent être nuisibles; mais nous allons voir que M. Bouillaud est d'un avis tout opposé. Lorsqu'il y a une céphalalgie très vive ou une douleur violente à l'épigastre ou dans l'abdomen, beaucoup de médecins ont l'habitude d'appliquer quelques *sangsues* au cou ou sur les points douloureux. Dans un certain nombre de cas, ce moyen produit du soulagement; mais rien ne prouve qu'il ait la moindre action sur la durée et sur l'issue de la maladie.

Saignées coup sur coup. — M. Bouillaud a, dans plusieurs écrits (1), préconisé avec beaucoup d'enthousiasme les saignées coup sur coup, suivant la formule qu'il met en usage dans la pneumonie et dans le rhumatisme articulaire aigu. Il a cité plusieurs catégories de faits pour prouver que, par son traitement, on diminue de beaucoup la mortalité; et, faisant à ce sujet des calculs singuliers, il a avancé que la non-adoption de sa méthode causait chaque année la mort d'un nombre immense de sujets. L'examen des faits qu'il a publiés montre bientôt combien ces assertions sont exagérées et même erronées. L'analyse qu'en ont donnée plusieurs médecins prouve en effet : 1° que M. Bouillaud a mis de côté les cas désespérés ou qui lui paraissaient tels, ce que personne ne fait; 2° qu'il s'est glissé, parmi les cas de fièvre typhoïde traités par lui, quelques affections étrangères et d'une guérison assurée. Or, est-il étonnant que, dans de semblables conditions, on ait une mortalité moindre? 3° Ajoutons qu'il résulte des recherches de M. Davasse, que ces cas de fièvre typhoïde jugulée en quelques jours, et dont on a tant parlé, ne sont autre chose que des *fièvres simples continues*, dont la guérison a lieu naturellement du septième au huitième jour, et nous saurons à quoi attribuer cette faible mortalité et cette courte durée de la maladie annoncées par M. Bouillaud.

M. Forget (2) est partisan des émissions sanguines; mais il distingue les cas : il n'emploie la saignée générale, avec une assez grande abondance, que dans la forme inflammatoire (car il admet aussi des formes dans lesquelles il puise ses indications). Il veut qu'on soit sobre de la saignée dans la plupart des circonstances et, en outre, il se contente de formuler des propositions sans analyser les faits.

Il résulte de ce qui précède que rien ne prouve que la saignée ait la grande efficacité qu'on lui a attribuée, et que la saignée modérée n'a qu'une faible action.

Vomitifs, purgatifs. — Par les motifs indiqués plus haut, je ne remonterai pas, pour étudier l'emploi des évacuants, au delà de l'époque où Delarroque a préconisé ces moyens contre la fièvre typhoïde. Je sais bien que cette médication était en usage depuis longtemps, et que Delarroque reconnaît lui-même qu'il a puisé l'idée de son traitement dans les écrits de quelques auteurs des derniers siècles, et principalement dans Stoll; mais si l'on peut puiser dans ces écrits de semblables inspirations, on ne peut pas s'autoriser des faits qu'ils contiennent ou qui y sont signalés pour juger de l'efficacité des remèdes. N'ayons donc égard qu'à ceux qui ont été recueillis depuis l'époque où le diagnostic de la fièvre typhoïde est bien établi. Il y a quelques années, M. Beau publia les résultats obtenus par l'emploi des évacuants dans le service de Delarroque à l'hôpital Necker, et trouva que la

(1) *Clinique de l'hôpital de la Charité*. Paris, 1837, t. I, p. 353. — *Philosophie médicale*. Paris, 1836.
(2) *Traité de l'entérite folliculeuse*.

mortalité avait été d'un dixième seulement. Delarroque, peu de temps après, fit connaître les mêmes faits (1), et récemment (2) il a publié un ouvrage principalement destiné à démontrer que la fièvre typhoïde est due à l'altération de la bile, et que la méthode évacuante a une supériorité marquée sur toutes les autres.

Nous n'avons pas à nous occuper ici de cette théorie. Ce qu'il nous importe de constater, ce sont les effets de cette médication : or, nous nous trouvons arrêté au premier pas; car Delarroque ne nous a pas donné une analyse exacte de ses observations, et nous venons de voir combien cet élément du problème est nécessaire. Delarroque a cru ne devoir citer qu'un nombre très limité des cas légers, mais qui nous dira si dans ces cas légers il ne se trouve pas de ces fièvres simples qui guérissent si vite? et comment saurons-nous quelles ont été la mortalité et la durée réelle de la maladie?

MM. Piédagnel et Andral ont mis en usage les purgatifs. Dans les cas cités par le premier, la mortalité a été d'un septième environ, et dans ceux qu'a rapportés M. Andral elle a été d'un sixième.

Les faits recueillis par M. Barth (3) dans le service de M. Louis à la Pitié offrent toutes les garanties que l'on peut désirer. Ils ont été soumis à une analyse rigoureuse, et les cas qu'on pouvait rapporter à une autre affection, ou plutôt qui n'avaient pas suffisamment les caractères de la fièvre typhoïde, ont été éliminés. Or, dans ces cas, la mortalité a été de moins d'un dixième, résultat d'autant plus digne de remarque que, dans la même division, sur cent malades traités par les saignées modérées, l'eau de Seltz et les lavements émollients, la mortalité avait été d'un huitième environ.

Depuis que ces faits ont été publiés, beaucoup de médecins ont mis en usage les purgatifs; mais on n'a pas publié de nouvelles statistiques importantes sur ce sujet. Il faut le regretter, car quand il s'agit du traitement de la fièvre typhoïde, il est absolument nécessaire d'avoir un très grand nombre de faits. Dans cette maladie, en effet, il y a, tout le monde en convient, des cas nécessairement mortels ; d'autres, au contraire, sont assez légers pour ne menacer l'existence que dans des circonstances tout à fait exceptionnelles, et en outre l'action des remèdes n'est pas assez puissante pour modifier la maladie d'une manière si profonde que leurs effets soient appréciables autrement que par leur influence sur la durée ou sur l'issue de l'affection. C'est en pareil cas surtout que les grands nombres sont nécessaires. Cependant il résulte des observations précédentes, et surtout de celles de MM. Louis et Barth : 1° que l'action des purgatifs est bien loin d'être pernicieuse, comme le pensait l'école physiologique ; 2° que très probablement même elle a une heureuse influence sur l'issue de la maladie; je dis seulement sur l'issue, car, dans les cas observés dans le service de M. Louis, il y a eu cela de remarquable, que la durée de la maladie a été un peu plus longue, bien que le nombre des sujets guéris ait été plus grand.

Les vomitifs et les purgatifs sont administrés de la manière suivante. Le premier jour on donne le *tartre stibié* ou l'*ipécacuanha* à dose vomitive ; les jours suivants,

(1) Voy. le Rapport de M. Andral à l'Académie de médecine et la discussion à laquelle il a donné lieu (*Bull. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1837, t. I, p. 482).

(2) *Traité de la fièvre typhoïde*. Paris, 1847.

(3) *Presse médicale*, janvier 1837.

on administre soit une bouteille d'*eau de Sedlitz*, soit de 35 à 50 grammes d'*huile de ricin*, soit 50 à 60 centigrammes de *calomel*. Un de ces purgatifs doit être donné chaque jour, et, si on les fait alterner, c'est uniquement pour ne pas fatiguer les malades; car l'essentiel est de purger. M. Louis n'a pas donné de vomitif; il n'a administré que l'eau de Sedlitz à la dose d'une bouteille ou d'une demi-bouteille, quelquefois d'un seul verre, s'arrêtant même si les selles devenaient trop nombreuses. Si les symptômes gastriques persistent et sont très marqués, il ne faut pas, suivant Delarroque, hésiter à revenir au vomitif. Pour ma part, j'ai donné, dans un certain nombre de cas, des vomitifs répétés; malheureusement les faits qui ont été recueillis n'ont pas pu encore être analysés; mais je peux dès à présent dire si ce moyen a les inconvénients qu'on lui a reprochés.

D'abord l'influence du tartre stibié ou de l'ipécacuanha sur l'estomac n'est nullement fâcheuse. Non-seulement elle ne produit pas la gastrite, comme le craignait Broussais, mais encore il est remarquable que, chez des sujets qui ont pris huit ou dix fois un vomitif en quatorze ou quinze jours, dès que la convalescence se déclare, l'appétit est très vif et les digestions se font très bien. Dans un cas seulement, j'ai vu des vomissements fréquents se produire et persister pendant trente-six heures environ, après la suspension des vomitifs; mais, au bout de quelques heures, ils avaient notablement diminué, et bientôt il ne restait aucune trace de cet accident.

On a reproché aux purgatifs de produire l'hémorrhagie intestinale. Il est évident aujourd'hui qu'on avait été trompé par des coïncidences. Dans le nombre très considérable de fièvres typhoïdes traitées par ce moyen, l'hémorrhagie intestinale s'est rarement montrée.

J'ai vu, ainsi que je l'ai dit plus haut, l'hémorrhagie nasale provoquée par les efforts de vomissement; mais l'application de quelques compresses d'eau fraîche suffisait pour l'arrêter.

Toniques.— Il résulte des observations de M. Louis et de Chomel, que les toniques ont une action favorable dans les cas où la faiblesse est très grande. « Les circonstances, dit M. Louis (1), les plus favorables à l'action des toniques sont..... un pouls très calme, puis de moins en moins accéléré, une diarrhée légère, l'absence du météorisme, » quelle que soit d'ailleurs la faiblesse. Cependant il ne faut pas négliger d'administrer ces médicaments, dans les cas où l'adynamie profonde se joint à l'accélération du pouls et aux autres symptômes indiqués.

Les *toniques* le plus ordinairement mis en usage sont : l'*extrait sec de quinquina*, à la dose de 4 à 8 grammes dans une potion; l'*infusion froide de quinquina*, pour boisson; les *lavements avec une forte décoction de quinquina*; le *sulfate de quinine* à la dose de 0,50 à 1 gramme. Les Anglais administrent le vin de Porto, de Xérès ou le *porter;* mais c'est principalement dans le *typhus fever* qu'ils agissent ainsi, et je n'insiste pas sur ce point.

On a généralement abandonné l'usage des *stimulants*, des *excitants généraux*, et comme, d'un autre côté, nous n'avons rien en faveur de ces moyens, je passerai outre.

Narcotiques.— Parmi les narcotiques, il n'en est qu'un seul qui mérite d'être

(1) *Rech. sur la fièvre typhoïde*. Paris, 1841, t. II, p. 477.

mentionné : c'est l'*opium*. Cette substance est principalement utile, d'après les faits que nous connaissons, dans les cas de *perforation intestinale*. MM. Stokes, Graves, Louis, Griffin, ont rapporté des faits en faveur de cette médication dans ces cas si graves.

L'opium, en pareil cas, est administré à doses très élevées par les médecins anglais ; car ils ont été jusqu'à donner *cinq centigrammes de cette substance toutes les heures* pendant plusieurs jours. M. Louis a vu, dans un cas, *deux décigrammes de morphine* dans les vingt-quatre heures suffire pour arrêter la maladie. M. Stokes a donné la *teinture d'opium* à la dose de 60 gouttes dans les vingt-quatre heures.

M. Louis (1) a administré l'*opium contre les symptômes nerveux*, et en particulier contre les soubresauts des tendons et contre le délire. Ces symptômes ont diminué promptement et ont cessé en peu de jours. Les cas dans lesquels ce moyen a été employé étaient médiocrement graves, mais ce résultat n'en est pas moins remarquable ; il doit dissiper les craintes qu'inspire l'opium dans les cas où il y a des symptômes cérébraux, et engager les médecins à le mettre en usage dans les cas graves. On donne le sirop d'opium à la dose de 30 grammes.

L'*eau de Seltz*, les *chlorures*, les *acides*, ne méritent qu'une simple mention. Quant au *sulfate de quinine*, proposé par M. Broca, M. de Saint-Laurent (2) a démontré, par l'analyse des faits, que ce médicament a des inconvénients sans avoir l'utilité qu'on lui attribue.

Cependant M. Worms (3) a rapporté des faits qui méritent d'être mentionnés, car il importe que les praticiens puissent répéter ses expériences. M. Worms, conduit par la théorie à se servir de ce médicament, lui a reconnu de bons effets. Ceci m'amène à parler du traitement employé par ce médecin.

1° Au début, *symptômes d'intensité moyenne*. Après s'être assuré que le malade a été à la selle, tartre stibié 0,10 grammes, et quelques heures après le vomitif, 0,80 grammes de sulfate de quinine dans une potion ; infusion de tilleul.

2° Si la *réaction* est plus forte, s'il y a du délire, deux potions à 0,60 grammes de sulfate de quinine à six ou sept heures de distance l'une de l'autre ; deux potions de nitrate de potasse à 4 grammes chacune, avec 0,5 grammes de camphre, et prises par cuillerée d'heure en heure ; infusion de tilleul.

Le lendemain, si la langue est saburrale, s'il y a des nausées, si la nuit a été calme, un vomitif et le sulfate de quinine. On continue ainsi à donner le sulfate de quinine, en diminuant les doses et les fractionnant s'il existe des accidents pectoraux ; on administre en outre, dans ce cas, deux potions dans les vingt-quatre heures, avec camphre 0,5 grammes, oxyde blanc d'antimoine 2 grammes, une petite quantité de vin.

Si l'engorgement pulmonaire devient plus prononcé, le pouls plus fréquent et plus faible, on ajoute 0,05 grammes ou 0,10 grammes de tartre stibié à la potion, et l'on augmente la dose de vin.

Ce traitement, modifié légèrement quelquefois selon les indications, telles que de donner le sulfate de quinine à une dose élevée en raison inverse de l'intensité

(1) *Loc. cit.*, t. I, p. 453.
(2) *Arch. gén. de méd.*, 3e série, 1842, t. XV, p. 5.
(3) *Loc. cit.*

de la maladie, est le seul qu'emploie M. Worms ; il a pu ainsi non-seulement guérir un grand nombre de malades, mais aussi *enrayer* la maladie et amener une terminaison rapide.

Des vingt malades cités dans la thèse de M. Guipon, dix-neuf ont guéri ; le vingtième a succombé à la suite de la laryngotomie, pratiquée pendant la convalescence. Chez un grand nombre, la maladie n'a pas dépassé le douzième jour.

Cette médication est, comme on le voit, très complexe, de sorte que c'est seulement après l'avoir employée de la même manière que l'auteur, qu'on pourra se faire une juste idée de sa valeur ; aussi ne peut-on pas en tirer une conclusion rigoureuse, relativement à l'action du sulfate de quinine administré seul.

J'ajoute que récemment des recherches sur l'efficacité de ce médicament ont également été faites par MM. Blache et Briquet (1). De l'analyse des faits rapportés par ces médecins, il semblerait résulter que le sulfate de quinine a eu pour effet le ralentissement du pouls, l'abaissement de la température et la diminution des troubles cérébraux, mais qu'il n'a pas diminué pour cela le chiffre de la mortalité.

Sulfure de mercure. — M. Serres (2) se fondant sur la ressemblance qu'il a trouvée entre la fièvre typhoïde et la variole, ressemblance qui est bien loin d'être démontrée, a proposé le traitement abortif par le *sulfure noir de mercure*, à l'intérieur, et les frictions avec la *pommade mercurielle* sur l'abdomen.

On fait les frictions tous les jours avec 8 ou 10 grammes de pommade mercurielle ; quant aux pilules de sulfure de mercure, on les prescrit tous les deux jours. En voici la formule :

℞ Éthiops minéral.	1 gram.	Sirop simple. . . . . q. s.
Poudre de gomme adragante.	0,50 gram.	

F. s. a. quatre pilules. Dose : de quatre à six tous les deux jours.

M. le docteur Cambrelin (3) (de Namur) a rapporté dix cas de guérison par la méthode de M. Serres, mais ce nombre est bien faible quand il s'agit du traitement d'une maladie comme la fièvre typhoïde.

M. Becquerel (4) a également cité des cas de guérison par ce moyen. Je me contente d'indiquer ces faits, qui auraient besoin d'être multipliés pour entraîner la conviction ; car la gravité de la fièvre typhoïde est bien différente suivant les époques où on l'observe, et il est à remarquer que précisément au moment où ces faits ont été recueillis, elle était généralement peu grave.

Enfin je me bornerai à mentionner le travail de M. Taufflieb (5) sur l'emploi du *calomel*, considéré par cet auteur à la fois comme purgatif et comme médicament mercuriel. Malgré l'intérêt de ce mémoire, la question me paraît encore bien loin d'être résolue en faveur des mercuriaux. J'en dirai autant à propos de re-

(1) *Union médicale*, 3 novembre 1853.
(2) *Union médicale*, 12 août 1847.
(3) *Union médicale*, 4 avril 1850.
(4) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 10 septembre 1830, t. XV, p. 1097.
(5) *Du traitement de la fièvre typhoïde par les purgatifs mercuriels* (*Bull. gén. de thér.*, t. XL, février et mars 1851).

cherches de M. Lautour (1) qui, ayant observé à Damas, a cité onze cas de guérison, sur douze malades chez lesquels ce médicament a été employé à *doses fractionnées*.

Hydrothérapie. — On trouve dans plusieurs ouvrages sur l'hydrothérapie (2) un certain nombre d'observations de fièvres typhoïdes guéries après avoir été traitées par l'hydrothérapie ; mais ces faits sont trop peu nombreux pour qu'on puisse en tirer aucune conclusion. En 1853, j'ai observé quelques malades à qui on faisait des *lotions froides* sur tout le corps deux fois par jour. Tout ce que je peux dire encore à ce sujet, c'est que les malades éprouvaient du bien-être après les lotions, qui ne déterminaient pas d'accidents. C'est un point à étudier.

Eau froide intùs et extrà, et saignées initiales. — M. Leroy (de Béthune) (3) vante les bons effets d'un traitement particulier qu'il importe d'exposer avec quelques détails : au début de la maladie, il *saigne* le malade, et les émissions sanguines sont proportionnées à l'âge, au tempérament, à la constitution du sujet ; mais on doit les cesser après le premier septénaire et y joindre *immédiatement* la *réfrigération continue* qu'on exécute de la manière suivante : un linge plié en plusieurs doubles est trempé dans l'eau la plus froide possible, faiblement tordu et appliqué ensuite sur le ventre qu'il recouvre entièrement, et où il est maintenu par une serviette formant ceinture, qui doit être renouvelée assez souvent, pour que le malade ne soit pas trop mouillé aux parties du corps où l'application du froid n'est pas nécessaire.

Le linge mouillé doit être plongé dans l'eau et remis en place aussitôt qu'il s'échauffe ; à mesure que la chaleur diminue, on renouvelle les fomentations moins fréquemment. L'eau froide pour boisson et trois demi-lavements avec de l'eau simple complètent le traitement, que l'auteur engage à ne pas cesser *sous aucun prétexte* dès qu'il est commencé, et qui dans certains cas doit être continué assez longtemps.

Pendant trois ans, M. Leroy a employé ce traitement concurremment avec les purgatifs et a eu 6 décès sur 44 cas ; le même traitement, employé seul pendant quatre ans, a donné à l'auteur 126 cas de guérison chez 132 malades.

Encouragé par un aussi brillant résultat, je n'ai pas hésité à mettre ce traitement en usage dans la dernière épidémie, mais, comme je l'ai indiqué dans plusieurs articles insérés dans l'*Union médicale* (4), je n'ai pas obtenu les mêmes succès : 14 fois sur 25 j'ai dû cesser le traitement parce que la mort était imminente. L'influence épidémique est-elle pour quelque chose dans ces insuccès, ou bien, comme le dit M. Leroy, des lotions d'eau froide ajoutées au traitement ont-elles pu expliquer la différence énorme des résultats ? C'est ce que des observations nouvelles nous apprendront.

M. Rayer administre des *bains simples* tous les deux jours après le second septénaire de la fièvre typhoïde. D'après un travail de M. Hervieux (5), ces bains ont toujours procuré du soulagement et n'ont jamais eu d'inconvénients.

Vésicatoires. — Il résulte des observations de M. Louis que, sans avoir aucune

(1) *Union médicale*, 3, 6 et 8 janvier 1851.
(2) Voyez ceux de MM. Scoutetten, Schedel, Munde, Fleury.
(3) *Union médicale*, 28 octobre 1852.
(4) *Union médicale*, 7 novembre 1852.
(5) *Arch. gén. de méd.*, septembre 1848.

action favorable, les vésicatoires tendent à produire des eschares; il faut donc les abandonner.

Quelques médecins ont proposé l'*expectation*, pendant laquelle on n'a recours qu'à des *soins hygiéniques;* mais c'est supposer que les remèdes n'ont aucune action, ce que nous ne pouvons admettre d'après ce qui a été dit plus haut.

Il est beaucoup de médecins qui, sans adopter exclusivement aucun des moyens précédents, mettent en usage un plus ou moins grand nombre d'entre eux, suivant les circonstances. Ainsi, dans les cas graves, ils ont recours à une saignée, à une application de sangsues, à quelques laxatifs, aux boissons acidules, aux lavements huileux, ou émollients; et, dans les cas légers, ils se contentent des boissons acidules et des lavements, ce qui n'est guère que l'expectation. C'est là à peu près le traitement employé par Chomel dans les premiers temps, et la mortalité fut grande. Les fièvres typhoïdes qu'il traitait alors étaient-elles plus graves?

Traitement des symptômes. — Dans une affection dont les symptômes sont si nombreux et si pénibles, on doit avoir égard au plus grand nombre d'entre eux, sans toutefois ne voir que des symptômes isolés, ce qui est une exagération singulière. *Contre le vomissement* on donne des boissons gazeuses, l'opium, les lavements laudanisés, et même la glace. Il est rare qu'il faille arrêter la *diarrhée;* mais si les selles étaient par trop abondantes, on aurait recours aux moyens employés contre l'entérite simple. Dans les cas où elle persiste pendant la convalescence de l'affection, M. Aran (1), suivant l'exemple de M. Monneret, a employé avec succès le *sous-nitrate de bismuth*, à la dose de 10 grammes par jour.

On a proposé *contre le météorisme*, les *frictions avec l'huile d'anis* ou de *camomille*, les *lavements froids et vinaigrés*, la *glace* sur l'*abdomen*, etc.; ces moyens échouent presque constamment. Il est bien rare que l'*épistaxis* soit inquiétante; s'il en était ainsi, il faudrait recourir au traitement de cette hémorrhagie (2). Il faut avoir soin de tenir la vessie vide, à l'aide de la sonde, dans les cas de *rétention d'urine*. Il faut par tous les moyens possibles (position variée, emplâtres de diachylon, coussins, etc.), chercher à prévenir les *eschares* en protégeant les parties avec des linges fins et secs, et, s'il y a déjà un suintement, les saupoudrer avec l'amidon, la poudre de lycopode; lorsque les eschares existent, il faut les panser avec soin, au moins deux fois par jour, avec le *cérat saturné*. Je ne multiplie pas ces détails, parce que la conduite à suivre dans ces cas est bien connue de tout le monde.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES.

Les malades doivent être tenus au lit, légèrement couverts.

La température de l'appartement doit être peu élevée, douce, et il faut renouveler l'air assez fréquemment. Suivant M. Piedvache (3), c'est là le vrai moyen de s'opposer à la contagion.

On doit donner des boissons abondantes, et rechercher celles qui sont le plus agréables aux malades, les excitants trop énergiques exceptés.

Administrer des lavements émollients.

(1) *Bull. gén. de thér.*, 15 avril 1851.
(2) Voy. art. *Epistaxis*.
(3) *Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1850, t. XV, p. 239.

Entretenir surtout une très grande propreté autour des malades; les changer de position aussi souvent que possible.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines modérées; saignées coup sur coup; vomitifs, purgatifs; toniques; stimulants, excitants généraux; narcotiques; mercuriaux; eau de Seltz, chlorures, acides; hydrothérapie; saignée et réfrigération; expectation; traitement des symptômes; précautions générales.

ARTICLE IV.

TYPHUS ET TYPHUS FEVER.

§ I. — Considérations générales.

[Le typhus est une fièvre pestilentielle, qui paraît avoir sévi sur différents points du monde ancien, depuis la plus haute antiquité. Cette maladie règne épidémiquement et endémiquement; elle est profondément infectieuse et contagieuse; elle atteint surtout les hommes rassemblés en grand nombre dans des espaces restreints, et vivant dans des conditions insalubres; aussi sévit-elle principalement sur les camps, les villes assiégées, les navires et les prisons. Importé par un ou plusieurs malades qui forment un noyau d'infection, le typhus rayonne et devient rapidement épidémique dans les lieux où il est introduit. Ce rayonnement est souvent limité, quelquefois il s'étend au loin. Parfois c'est une épidémie rapide qui passe, fait de nombreuses victimes et disparaît. Ces épidémies font époque, elles ont leurs historiens. Bien des générations ont ignoré le typhus ou ne l'ont connu que comme un fait lointain. C'est dans ces périodes de répit qu'on a vu des médecins suspecter l'intelligence des anciens auteurs, et soutenir que le typhus n'était pas autre chose que la fièvre typhoïde. C'est d'ordinaire la clinique, c'est-à-dire l'observation au lit du malade, qui doit juger de semblables questions. A notre époque, pendant une longue période de temps, le typhus ne s'est pas montré dans les grands centres d'études médicales. On n'a guère entendu parler pendant longtemps du typhus que par des hommes qui ne l'avaient pas vu, et qui soutenaient, quelquefois avec l'approbation des corps savants, que le typhus et la fièvre typhoïde n'étaient qu'une seule et même maladie, dont le typhus était peut-être la plus haute expression. Cette manière de voir, que quelques personnes appellent philosophique, avait encore cours lorsqu'est survenue la guerre de Crimée, qui a permis aux chirurgiens d'armée de voir le typhus épidémique, et de puiser à une source malheureusement trop féconde.

Avant cette époque, et depuis une vingtaine d'années, les médecins anglais, allemands, suédois, russes, américains, ont publié un grand nombre de travaux sur le *typhus fever* ou le *darm-typhus*, ou le *hunger-typhus*. Il est aujourd'hui démontré que sous ces différentes dénominations ces auteurs ont décrit le typhus et non pas la fièvre typhoïde. Sans doute la maladie subit quelques modifications suivant la latitude où elle sévit, et emprunte quelque chose de particulier au milieu dans lequel elle se développe. Cette maladie peut être endémique et d'une bénignité

relative, elle peut se montrer à l'état épidémique et faire de grands ravages en peu de temps, la durée en peut être plus ou moins longue; mais ce ne sont point là des différences radicales. Il y a un certain nombre de pays où le typhus et la fièvre typhoïde s'observent en même temps, et où il existe pour ainsi dire des épidémies mixtes. Ces épidémies ont été observées et bien décrites à Pétersbourg et à Stockholm. Le plus remarquable travail qui ait été fait sur ce genre d'épidémie est celui du docteur Magnus Huss (1). Les auteurs qui ont décrit l'une et l'autre maladie sévissant parallèlement appellent le typhus vrai, *typhus pétéchial*, et la fièvre typhoïde, *typhus abdominal*, et ne confondent point l'une avec l'autre ces deux formes distinctes qui ont quelques points de contact dans les climats du Nord, mais qui s'éloignent beaucoup l'une de l'autre dans notre climat.

Nous décrirons donc le typhus et le typhus fever comme une seule et même affection très différente de la fièvre typhoïde de notre pays.

§ II. — Nature et causes de l'affection.

On peut dire du typhus, comme de la peste, du choléra, de la fièvre jaune, que nous devons nous contenter d'en bien étudier la marche, le développement et le mode de propagation, de connaître les conditions dans lesquelles on les a observés, mais que nous devons surseoir à un jugement définitif sur leur nature intime. A quoi nous conduit l'étude de l'anatomie pathologique et de la chimie animale, telles qu'on les pratique dans les écoles du nord de l'Europe? A cette définition insuffisante et pleine d'hypothèses que donne un savant médecin suédois, le docteur Magnus Huss : « Le point de départ du typhus, en tant du moins qu'il est accessible à notre compréhension, semble résider dans une altération du sang d'espèce particulière. Les *caractères chimiques de cette altération* sont : diminution de fibrine; augmentation de la quantité de divers sels inorganiques, surtout du carbonate de soude. Cette altération du sang vient comme conséquence de ce que l'organisme a recueilli un élément étranger, quelquefois un miasme, quelquefois un *contagium*, quelquefois un poison véritable.... par la respiration ou la digestion.... »

Les auteurs anciens étaient mieux à l'aise pour s'expliquer sur l'essence de ces affections; ils n'étaient point gênés par les difficultés que soulève, sans les résoudre, la science de nos jours, et ils pouvaient dire, sans prétention, comme Borsieri : « J'avoue ignorer ce qu'est ce principe qui infeste l'air et erre d'un côté et d'autre, ou qui se développe sur les malades, se fixe sur les personnes voisines et engendre la contagion.... Mon esprit incline cependant à croire que ce principe est un miasme particulier, subtil et volatil.... Ce miasme, ayant pénétré dans les humeurs, ou s'y étant développé d'une façon quelconque et circulant avec elles, possède la faculté de se multiplier et de se propager à l'instar d'un ferment (2). » On ne saurait, même aujourd'hui, rien dire de plus.

Les observations météorologiques n'ont donné que des résultats négatifs, et ne nous ont rien appris, quant à l'influence du milieu atmosphérique, sur le développement du typhus.

(1) *Observations recueillies à l'hôpital Séraphin, de Stockholm.* Paris, 1855.
(2) Borsieri, trad. par Chauffard.

Causes occasionnelles ou prédisposantes; topographie. — Il n'est pas possible de dire sous quels degrés de longitude et de latitude règne le typhus, ni quel est le pays où il est né, pour de là s'irradier dans les contrées voisines. Tandis que la fièvre jaune semble résider à l'embouchure du Mississipi, dans le golfe du Mexique et aux Antilles, le typhus s'observe en des points du globe si éloignés les uns des autres, sans qu'on puisse invoquer la transmission par contagion, que la carte topographique de cette affection ne saurait être tracée. Le typhus sévit à Saint-Pétersbourg et à Philadelphie, à Chypre et à Stockholm. Cependant il faut distinguer le typhus épidémique du typhus endémique. Cette affection ne s'est montrée en France qu'à l'état épidémique, et ne s'y est pas acclimatée. Actuellement elle sévit d'une façon endémique dans certaines parties de la Russie, en Suède, en Silésie, en Irlande; mais la maladie peut disparaître de ces pays comme elle a disparu de l'Italie, de la Hongrie, de la Pologne, où elle s'était établie à la suite des longues guerres des siècles derniers.

L'insalubrité du sol joue sans doute un rôle dans la production de cette affection; mais il n'y a point là de condition spécifique analogue à celle des pays marécageux où s'engendre la fièvre intermittente. Lorsqu'on voit le typhus régner habituellement en Irlande, où la misère est excessive, et en Silésie, où l'insalubrité du sol s'ajoute à la pauvreté des habitants, on ne peut s'empêcher d'admettre, comme cause prédisposante du typhus, l'insalubrité du sol et la misère des habitants. Il ne faut pas oublier non plus que c'est sur des masses d'hommes armés, fatigués, surmenés, affamés, débilités, que se sont montrées les grandes épidémies de typhus. Ainsi se trouvent justifiées les expressions de fièvre des camps, des hôpitaux, fièvre carcéraire, des navigateurs, *hunger typhus* (typhus de la faim), qui ont servi à désigner cette maladie.

Influence de l'âge et du sexe. — Cette influence n'a pu être notée dans les grandes épidémies qui ont sévi sur les armées, attendu qu'il ne s'agit là que d'hommes appartenant tous à l'âge adulte. Un observateur, qui est bien placé pour faire ces sortes d'observations, M. Magnus Huss, a noté l'influence du sexe et de l'âge sur trois mille malades atteints du typhus à Stockholm, et il a vu que les hommes en étaient affectés plus souvent que les femmes, dans le rapport de 68 à 31; la plus grande fréquence de la maladie est de vingt à trente ans, puis de quinze à vingt ans, enfin de trente à quarante, avec décroissance jusqu'à soixante et douze ans.

Contagion. — Le typhus est éminemment contagieux; c'est là un fait que n'ont jamais mis en doute les médecins qui ont observé directement cette maladie. M. Chauffard s'exprime ainsi à cet égard: « Le caractère contagieux de cette affection fébrile est incontestable, et la transmission contagieuse est une des grandes voies de la propagation de ce mal.... A tous les points de vue, l'expression qui rendrait le mieux les caractères essentiels, le genre et la nature de la maladie, serait celle de *fièvre pétéchiale contagieuse* (1). »

Les auteurs anciens ne doutaient point que le typhus ne fût contagieux; ils se laissaient conduire par l'évidence des faits. Après une période voisine de nous, pendant laquelle un certain nombre de médecins ont mis en doute le caractère contagieux de certaines affections et ont cherché à substituer partout le mot *infec-*

(1) Chauffard, *Étude clinique sur le typhus*. Paris, 1856.

tieux au mot *contagieux*, on est revenu de nos jours à l'idée de contagion. « Le typhus, une fois formé, se propage par contagion. Chaque malade devient un petit foyer d'infection assez énergique pour communiquer sa maladie aux individus sains qui l'approchent. » (Roche et Sanson.)

Tous les récits des grandes épidémies qui ont ravagé l'Italie, l'Allemagne, la Pologne, la Hongrie, la France, démontrent ce fait de la façon la plus évidente; c'est avec raison que les auteurs du *Compendium de médecine* disent que « les observations les mieux faites pour prouver la propagation du typhus par voie de contagion, sont celles qui nous montrent un sujet malade transmettant son affection à toute sa famille ou à tout un village, où le mal n'existait pas avant son arrivée. »

L'affection se transmet le plus ordinairement par le contact direct, et les épidémies sévissent surtout sur les personnes réunies dans un étroit espace, ainsi que cela a lieu dans une ville assiégée, une prison, un navire. Les ambulances de Crimée, où un si grand nombre de chirurgiens, soit du côté des alliés, soit du côté des Russes, ont contracté cette maladie, ont fourni une nouvelle et terrible confirmation de ce fait. Les gens qui soignent les malades succombent en grand nombre. Dans l'épidémie observée à Reims par M. Landouzy, il y a eu neuf morts parmi les personnes qui soignaient les malades; à Paris, au Val-de-Grâce, plusieurs sœurs de Charité ont été atteintes également de cette affection.

La contagion par les vêtements et les objets ayant servi aux malades est admise par beaucoup d'auteurs. Pringle rapporte que, sur vingt-trois ouvriers de Gand, chargés de raccommoder de vieilles tentes qui avaient servi de couvertures à des soldats malades, dix moururent du typhus. Il en est de même des lieux où ont séjourné des hommes atteints de typhus : c'est ainsi qu'on a vu des corps d'armée contracter la maladie pour avoir occupé une position qui venait d'être évacuée par l'ennemi, dans les rangs duquel sévissait le typhus.

La connaissance de ces faits doit conduire les médecins à conseiller, en temps d'épidémie, des mesures sanitaires, dont la principale est la dispersion et la séquestration dans des lieux salubres, aérés et éloignés des grands centres de population, des corps de troupes parmi lesquels le typhus est endémique.

§ III. — Anatomie pathologique.

Existe-t-il des lésions anatomiques caractéristiques du typhus? Nous serions tenté de répondre non. Tout au moins peut-on dire qu'il n'y a point d'organe spécialement lésé dans cette affection. La fièvre typhoïde, à une époque où l'anatomie pathologique et la localisation morbide sont fort en honneur, est presque synonyme d'altération spéciale des plaques de Peyer. Il n'en est pas de même pour le typhus. Dans cette affection, le plus souvent les plaques de Peyer ne sont pas malades. Les auteurs du siècle dernier, parmi lesquels Hoffmann, ont indiqué des altérations des intestins... *inflammation gangréneuse du ventricule*, aphthes ulcéreux de la gorge et de l'œsophage, estomac parsemé de taches noires. Hildenbrand a noté que les intestins étaient remplis de gaz. D'autres auteurs du même temps parlent de taches gangréneuses dans l'intestin. M. Fouquier a vu, sur la surface des intestins marqués de taches livides, des ulcérations gangréneuses en grand

nombre. Les auteurs les plus modernes, desquels on était en droit, en raison des progrès de l'anatomie pathologique, d'attendre une description plus exacte des lésions, ne se sont guère attachés qu'à la description de l'état des plaques de Peyer. C'est là un hommage éclatant rendu aux beaux travaux de M. Louis sur les altérations des plaques de Peyer dans la fièvre typhoïde. C'est aussi une preuve de la tendance des auteurs modernes à rechercher si le typhus et la fièvre typhoïde étaient une seule et même maladie.

Voici les noms et les résultats des recherches de quelques-uns de ces auteurs.

M. Pellicot, en 1830, n'a point trouvé de lésions des plaques de Peyer dans le typhus du bagne de Toulon.

M. Fleury a fait la même remarque (1).

M. Gerhard (de Philadelphie) n'a trouvé les follicules malades qu'une fois sur cinquante autopsies (1836).

Le docteur Home, sur cent une autopsies pratiquées à Édimbourg, a vu les plaques de Peyer marquées dans vingt-neuf cas, ulcérées dans sept, perforées dans deux.

Le docteur Reid, sur quarante et une autopsies, a constaté que les plaques de Peyer étaient, dans vingt-quatre cas visibles, dans six cas à peine visibles, dans onze invisibles, dans quatre cas saillantes, dans deux cas elles étaient un peu ulcérées.

Le docteur Stewart a vu, sur seize autopsies, dans deux cas les follicules saillants, à peine saillants dans huit cas, à peine visibles dans six cas.

Dans le typhus observé à Reims par M. Landouzy, il y a quelques années, cet auteur a noté, comme lésions principales, des ulcérations des glandes de Brunner, de la psorentérie, et une augmentation de volume de la rate.

M. Magnus Huss, qui a observé en Suède, à Stockholm, une épidémie mixte dans laquelle le typhus et la fièvre typhoïde étaient mêlés, a consigné les résultats suivants de vingt-cinq autopsies : congestion des méninges, huit fois; pneumonie, six fois; gonflement de la rate chez dix sujets; gonflement des glandes du tube intestinal, douze fois; ulcérations intestinales, six fois; sept n'ont présenté aucune lésion des glandes intestinales. « Or, ajoute cet auteur, si l'on est d'opinion que l'affection des glandes intestinales est une chose décisive pour distinguer le typhus pétéchial du typhus abdominal, opinion que je ne partage pas complétement, le rapport du typhus pétéchial au typhus abdominal, sur deux cent cinquante cas observés par moi, serait comme 7 est à 18. Il n'y a eu de perforation intestinale dans aucun des six cas d'ulcération intestinale. »

Les derniers travaux faits sur le typhus épidémique importé de Crimée en France dans ces dernières années, peuvent se résumer dans les deux passages suivants :

« Quatre autopsies ont été pratiquées; chacune nous a montré les altérations suivantes : engorgement des sinus de la dure-mère et des vaisseaux arachnoïdiens, épanchement peu considérable de sérosité dans les ventricules, engorgement hypostatique du tissu pulmonaire, engorgement des veines du mésentère et des intestins; foie et rate de couleur foncée et d'un volume normal ou peu accru; les

(1) *Historique médical de la maladie qui a régné à Toulon* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1833, t. III, p. 501 et suiv.).

plaques de Peyer n'ont présenté aucune altération. Les caractères autopsiques de la fièvre typhoïde manquaient entièrement. Ce serait une nouvelle preuve de la distinction de ces deux maladies, s'il en était besoin (1). »

M. Godélier, médecin au Val-de-Grâce, s'exprime ainsi :

« Huit autopsies ont montré les lésions suivantes : congestions disséminées dans plusieurs organes, dans les poumons, le foie, les reins, le cerveau, ou, pour mieux dire, les méninges ; augmentation de volume et ramollissement de la rate ; ecchymoses de la muqueuse digestive ; parfois de la psorentérie ou du pointillé noir ; lésions banales. Mais quant à l'altération caractéristique de la fièvre typhoïde, des plaques de Peyer saillantes, molles ou dures, érodées ou ulcérées, et l'engorgement des ganglions mésentériques, nous ne l'avons jamais rencontrée ; cela seul suffirait pour séparer radicalement ces deux affections. »

Si l'on cherche quelles autres lésions ont été décrites dans les autres parties du corps, on voit que les auteurs anciens seuls, soit qu'ils aient observé des épidémies spéciales à forme très grave, soit qu'ils aient eu moins de souci qu'on n'en a aujourd'hui de l'exactitude, décrivent des gangrènes des poumons, des abcès du cerveau et des autres viscères de la poitrine et du ventre (Hoffmann) ; une infiltration du cerveau et de ses membranes, la suppuration du cerveau, l'otite purulente, la gangrène sèche des pieds et des mains (Hildenbrand). Il résulte des travaux très incomplets des modernes sur l'anatomie pathologique du typhus, que cette affection donne lieu à une congestion avec augmentation de volume de la rate et du foie ; que les poumons, le plus souvent, sont engoués, et que la pneumonie hypostatique s'y rencontre à tous les degrés ; qu'il existe une tendance à la stase du sang, et aux eschares vers les ischions et les grands trochanters, comme dans la fièvre typhoïde.

Les lésions des centres nerveux consistent dans une congestion plus ou moins marquée. Cependant il ne faut pas oublier que la méningite cérébro-spinale généralisée, avec formation de sérosité trouble, de pus et de fausses membranes, est décrite parmi les lésions du typhus par certains auteurs qui considèrent la méningite cérébro-spinale endémique comme n'étant qu'une des formes du typhus.

§ IV. — Description.

Incubation. — Cette question n'est pas susceptible de recevoir actuellement une solution définitive. On ne peut pas savoir exactement quelle peut être la durée d'incubation du typhus, ni du choléra, ni de la fièvre jaune, de la peste, etc. Les moyennes établies à cet égard sont le plus souvent arbitraires. Aucun auteur n'a osé prendre la responsabilité d'une opinion nettement formulée sur ce point ; néanmoins on sait que la durée de l'incubation peut être très courte. Suivant M. Magnus Huss, il s'est passé quelquefois un jour, quelquefois deux, trois et même dix jours, entre la visite faite à une personne atteinte du typhus et la manifestation des prodromes chez la personne qui avait fait cette visite. Quelques faits semblent prouver que l'incubation peut dépasser plusieurs semaines. On a vu quelquefois le typhus se déclarer sur un individu qui avait quitté depuis plus d'un mois ou six semaines le foyer de l'épidémie.

Prodromes. — Tous les auteurs sont à peu près d'accord sur les symptômes

(1) Chauffard, *Typhus d'Avignon*.

prodromiques du typhus. Borsieri les décrit ainsi : Pesanteur de la tête ou douleur obtuse, tantôt fixe, tantôt errante, parfois prolongée jusqu'au col, semblable à une douleur rhumatique, frappant quelquefois, mais erratiquement, les lombes et les articulations; dégoût des aliments ou diminution de l'appétit; lassitude, tristesse, insomnie, nuits agitées; chez quelques-uns, légers frissons dans les lombes, sans excitation fébrile. Parfois la chute des forces est si grande, que les malades ne peuvent ni se tenir debout, ni marcher, ni s'asseoir, et qu'ils tombent facilement en défaillance. Hildenbrand signale également une tension douloureuse de la tête, des horripilations, des frissons avec bouffées de chaleur et de la tristesse.

M. Chauffard, l'élégant traducteur de Borsieri, indique parmi les signes prodromiques une certaine hésitation de la parole, une sorte de tremblement de la voix, qui va parfois jusqu'au bégayement, et une incertitude analogue dans les mouvements volontaires surtout aux membres supérieurs. Les bruits et bourdonnements d'oreille, suivant cet auteur, ne manquent jamais : c'est un symptôme qui préexiste à l'invasion de la fièvre, il est initial et dominant. *Le tintement d'oreille est au typhus ce que la diarrhée prémonitoire est au choléra.*

Suivant M. Magnus Huss, les symptômes sont : un sentiment de fatigue et d'épuisement, avec lourdeur de tête, douleurs dans le sacrum et dans les jambes, malaise général, inappétence. L'explosion de la maladie s'annonce par des frissons ou par un étourdissement, un évanouissement; c'est alors que survient la fièvre.

Durée de la période prodromique. — Cette durée varie de cinq à dix et même douze jours. On comprend que chaque épidémie puisse présenter, sous ce rapport, une moyenne un peu différente; néanmoins il ne paraît pas que la durée des prodromes puisse être au-dessous de trois jours et au-dessus de douze jours. On comprend que les prodromes, qui ne consistent que dans un malaise et une sorte d'inquiétude vague, doivent souvent échapper à l'œil des observateurs, surtout dans les épidémies des camps où les malades ne sont conduits à l'ambulance que lorsque la fièvre s'est déclarée.

Période d'invasion. — Premier stade. L'état fébrile se déclare ; le plus souvent la fièvre s'annonce par un frisson initial qui commence par les extrémités et s'empare de tout le corps; la face pâlit, le malade tombe dans une sorte d'engourdissement. Ces frissons durent le plus souvent plusieurs heures, quelquefois un jour entier ou même davantage, et il n'est pas rare de les voir se reproduire de temps en temps, pendant tout le cours de la maladie. Le pouls, qui est petit pendant le frisson, devient, pendant la période de chaleur, plein, vif, résistant; il dépasse rarement cent vingt pulsations; il reste souvent au-dessous de ce chiffre. Après le frisson, qui paraît ne jamais manquer, les symptômes les plus constants et les plus caractéristiques sont les suivants : Perte absolue de l'appétit, sentiment de pesanteur au-devant de la poitrine; céphalalgie frontale, intense, déchirante; tintements d'oreille; tremblotements, engourdissements; respiration accélérée, profonds soupirs; lassitude extrême, douleurs aiguës dans le dos et les membres; le malade ne peut reposer longtemps à la même place. Son sommeil est court, agité, nullement réparateur. Tels sont les symptômes qui se montrent dès le premier jour. Au bout de vingt-quatre heures, le malade présente la stupeur de l'ivresse; l'ouïe est moins fine, la surdité commence. Les yeux sont injectés, poudreux, les narines sont sèches; la stupeur s'accroît, et le malade reste plus volontiers dans le décubitus

dorsal ; il est souvent en proie à des hallucinations et à un subdélirium qui est surtout marqué pendant la nuit. Quelquefois le coma se montre dès le début et persévère pendant tout le cours de la maladie ; les muscles du cou sont tendus, la face est rouge et tuméfiée ; les yeux s'injectent et fuient la lumière. Parmi les malades, les uns ont une soif ardente, quoique la langue paraisse humide, chez d'autres il n'y a nul désir de boire, quoique la langue soit sèche et râpeuse ; la respiration est inégale, fréquente, laborieuse, entrecoupée de soupirs. L'état des fonctions digestives est le suivant : Dans le plus grand nombre de cas, il y a constipation, le ventre est souple et indolore. Quelquefois, au premier ou au second jour, il y a des nausées et des vomissements jaunes ou verts. Chez quelques malades il y a de la diarrhée, mais ce symptôme est exceptionnel.

Cette période de la maladie dure quatre jours pendant lesquels les symptômes vont en s'aggravant. Quelques auteurs, parmi lesquels Hildenbrand, ont noté une épistaxis très légère survenant à la fin du prémier stade vers le quatrième jour. C'est là un symptôme qui est loin d'être constant et qui manque même dans le plus grand nombre des cas. Les épistaxis, du reste, ne paraissent pas jouer un rôle considérable dans cette affection ; on ne les voit point apparaître comme signe précurseur, au contraire de ce qui s'observe au début de la fièvre typhoïde où ce signe manque rarement.

Période d'éruption.—Deuxième stade. Vers la fin du quatrième jour, quelquefois du troisième, plus rarement du cinquième, en même temps que se manifeste une aggravation de tous les phénomènes morbides, s'opère une éruption caractéristique. Cette éruption, sur la véritable nature de laquelle nous nous expliquerons, a toujours été tellement considérée comme indispensable et essentielle dans le typhus, que les auteurs les plus recommandables du siècle passé désignent la maladie sous le nom de *morbus pestichialis* ou *petechialis*. Le typhus pour eux n'était pas autre chose qu'une éruption, une fièvre éruptive, à ce point que Borsieri se croit obligé de signaler un typhus exceptionnel dans lequel l'éruption ne se montrerait pas ; il s'exprime ainsi : « Chez ceux, très peu nombreux, qui ne présentent pas de pétéchies, la maladie offre tout à fait les mêmes symptômes que lorsqu'elle s'accompagne de l'éruption et réclame la même méthode de traitement. De même que la fièvre varioleuse ou la variole sans varioles se montre parfois aux cliniciens, de même la fièvre pétéchiale ou les pétéchies sans pétéchies peuvent être admises sans être taxé d'absurdité. » Cette manière d'envisager le typhus n'appartient pas à un seul auteur ; elle était pour ainsi dire générale au siècle passé. Il nous suffira de citer les dénominations suivantes de cette affection : *febris puticularis* (Pierre de Castro), *febris peticularis* (O. Roboreti), *febris purpurata* (Rivière), *febris petechialis vera* (Fréd. Hoffmann), *febris putrida maligna petechialis* (Huxham), *febris petechialis*, ou *peticularis*, ou *puncticularis*, ou *lenticularis* (Le Roy), *fièvre maligne putride*, ou *pourprée*, ou *pétéchiale* de Buchan, *febris exanthematica maligna, venenosa et perniciosa* (J. Fortunat, Bianchi). Hildenbrand définit ainsi le typhus : « Fièvre d'une espèce particulière comme la petite vérole, contagieuse, exanthématique, ayant un cours réglé et un symptôme constant, la stupeur avec délire et typhomanie. » C'est Hildenbrand qui nous a transmis l'expression de typhus contagieux qui a prévalu jusqu'ici dans le langage médical. Un auteur qui a écrit en 1856, M. Chauffard, propose de faire entrer la désignation de l'éruption dans le nom donné à cette affection ; selon lui, l'expression qui rendrait le mieux

les caractères essentiels, le genre et la nature de la maladie, serait celle de *fièvre pétéchiale contagieuse*. Quelle est la nature de cette éruption? Une grande confusion a régné dans la science sur ce point, pendant longtemps. C'est qu'en effet l'éruption est le plus souvent complexe et se compose de deux éléments distincts: d'une part, un exanthème vrai, d'une durée à peu près certaine, et se terminant par desquamation; de l'autre, des taches fines et ponctuées, ou, au contraire, larges et étendues, formées par une suffusion sanguine, qui ne disparaissent pas par la pression et ne se terminent pas par desquamation. Ces deux éléments avaient été vus sans doute, mais ils n'avaient pas été distingués assez catégoriquement par les auteurs anciens. C'est ainsi que Borsieri, tout en les distinguant, laissait subsister la confusion dans les mots : « Ainsi que les autres exanthèmes, les pétéchies doivent être divisées en primitives et secondaires; nous traitons ici des pétéchies primitives comme maladie exanthématique fébrile. » Hildenbrand établit nettement la distinction : « Le quatrième jour, apparaît l'exanthème tacheté de rouge.... Les pétéchies ne sont pas essentielles. » Et plus loin : « Au huitième jour, l'exanthème disparaît, sauf les pétéchies. »

Il importe, pour ne laisser dans l'esprit du lecteur aucun doute à cet égard, d'insister sur les caractères distinctifs de l'exanthème et des pétéchies, et nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter cette description au récent mémoire sur le typhus présenté à l'Académie par M. Godélier (1), médecin au Val-de-Grâce :

« Ces deux éléments, combinés d'ordinaire dans la même tache, peuvent toutefois se montrer séparés. Ainsi, il existe en nombre variable des taches seulement exanthémateuses; de même et plus souvent des macules qui ne sont qu'ecchymotiques. Ce sont ces dernières que le professeur Jenner (de Londres) appelle sous-cuticulaires; elles ne sont jamais saillantes, et paraissent même situées plutôt dans l'épaisseur du derme et n'arriver pas jusqu'à la surface.

» Quant à la pétéchie proprement dite, la pétéchie arrondie et rouge foncé du purpura et du scorbut, qui se trouve accidentellement dans les fièvres éruptives graves, parfois même dans certaines fièvres typhoïdes des plus funestes, elle peut aussi s'adjoindre à l'éruption spéciale du typhus, la précéder même, comme je l'ai vu chez la sœur Louise; mais la pétéchie n'est en aucune sorte caractéristique de cette affection. Si j'ajoute que l'éruption que je viens de décrire, presque toujours aussi abondante sur le ventre, la poitrine et le dos que celle de la rougeole, met environ deux septénaires à parcourir ses phases, et que la peau en offre souvent encore des traces plus de vingt jours après son apparition, on s'étonnera sans doute qu'on ait pu dire qu'elle ne différait en rien des taches rosées lenticulaires de la fièvre typhoïde.

« Comme aspect, comme disposition générale, on ne saurait mieux la comparer qu'à celle de la rougeole, sauf qu'elle apparaît rarement au visage, et qu'elle est d'ordinaire moins abondante sur les membres; aussi presque tous les auteurs l'ont appelée *morbilliforme*. Nous tous, au Val-de-Grâce, nous avons cru, au premier abord, en voyant nos premiers cas de typhus, avoir affaire à une rougeole ataxique, mais non pas à une fièvre typhoïde. »

Cette éruption a donc l'apparence d'un exanthème, et c'est, en effet, un exan-

(1) *Mém. sur le typhus* (*Bull. de l'Acad. imp. de méd.*, 1855-56, t. XXI, p. 889).

thème à la surface; mais il y a dessous quelque chose de plus, c'est-à-dire une ecchymose, une suffusion sanguine plus ou moins abondante et colorée, assez quelquefois pour mériter le nom de pétéchie. En effet, si l'on pose le doigt sur ces taches d'un rouge un peu plus foncé que celui de la rougeole, et parfois légèrement saillantes, on en fait disparaître quelques-unes complétement; mais la plupart laissent voir, sous la teinte rose effacée par la pression, une macule d'un gris violet ou jaunâtre, qui ne disparaît pas sous le doigt. Il y a donc là deux éléments superposés; c'est un exanthème ecchymotique ou pétéchial. Les phases successives de cette éruption le démontrent de la manière la plus positive. Au bout de quelques jours, l'exanthème pâlit et la teinte rose s'efface, mais la macule ecchymotique demeure, et selon que la suffusion sanguine a été plus ou moins abondante, ou qu'elle le devient, cette macule est plus bleuâtre, plus grise ou plus pâle; quelquefois même, dans les cas graves, elle se fonce de plus en plus et devient tout à fait noire. Donc il y a une ecchymose; mais ce qui prouve qu'il y avait aussi un exanthème, c'est que la desquamation furfuracée se produit souvent comme dans la rougeole.

L'erreur des médecins modernes qui ont voulu assimiler le typhus à la fièvre typhoïde a tellement cours parmi nous, que le mot typhus ne réveille dans l'esprit de la plupart de nos contemporains que l'idée d'adynamie, de stupeur, et point l'idée d'éruption exanthématique, et pourtant il est arrivé bien des fois que des médecins placés en présence d'un malade atteint de typhus parvenu à la période éruptive, ont cru avoir affaire à une rougeole ou à une scarlatine maligne; nous avons nous-même été témoin de faits semblables. En quelque lieu qu'on observe le typhus, et quelque nom qu'on donne à cette affection, typhus pétéchial, fièvre pétéchiale contagieuse, *typhus fever*, partout les observations signalent l'éruption comme un symptôme capital. Dans le typhus d'Irlande, ou *typhus fever*, M. Stewart a toujours vu l'éruption. Dans les cas graves, dit-il, elle est d'un rouge vif, noire, livide, pétéchiale. Quand l'éruption est livide, semi-pétéchiale, elle ne change pas; les ecchymoses pétéchiales persistent après la mort.

Marche et durée de l'exanthème. — L'*exanthème* s'accroît d'ordinaire et devient plus abondant et plus marqué pendant deux ou trois jours, après quoi il décroît, pâlit et disparaît; la durée normale de cette éruption est d'environ six ou sept jours. Au bout de ce temps l'épiderme se sèche, se ride, et la desquamation est achevée vers le vingtième jour de la maladie.

Importance de l'éruption, anomalies. — Suivant Borsieri, « une éruption facile, régulière, complète, distribuée sur tout le corps, persistant le temps voulu, se termine en général, la maladie étant bénigne, favorablement, et la maladie entière finit et se résout par la seule éruption sans autre excrétion sensible. Au contraire, une sortie de l'exanthème difficile, imparfaite, anomale ou trop tardive, ou s'effaçant prématurément, devient la cause de funestes symptômes dont la mort est souvent le terme. » Parfois l'exanthème disparaît après les deux premiers jours; cette rétrocession peut se faire brusquement du soir au lendemain, c'est là un signe fâcheux. Sur quatre cas de ce genre observés par M. Chauffard, un seul malade a guéri. Au dire de Borsieri, l'éruption qui apparaît trop tôt est d'un mauvais signe, et dans la constitution épidémique de Turin décrite par Richa, tous ceux chez lesquels l'éruption s'opéra trop tôt périrent.

Pétéchies vraies. — Loin que ces taches soient un symptôme nécessaire et normal, elles doivent plutôt être considérées comme étant d'un caractère fâcheux ; elles indiquent une altération du sang. Ces taches peuvent se montrer sous forme d'un pointillé rouge, fin, ou de petites macules rondes, saillantes ou de larges suffusions sanguines. Lorsque ces vibices, ces ecchymoses étendues se montrent, le pronostic de la maladie est grave. La constitution scorbutique joue un grand rôle dans la production des pétéchies. Elles ne se montrent généralement pas au début; elles ne précèdent pas généralement l'exanthème, elles l'accompagnent quelquefois et le suivent plus souvent. Ces taches étaient désignées par les auteurs italiens du siècle dernier sous le nom de *pétéchies secondaires.* Les pétéchies secondaires surviennent plus tard, dit Borsieri, dans l'état ou à la fin de la maladie, et ne se montrent que chez ceux dont le sang dépravé engendre çà et là des points gangréneux. Souvent, dans les cas très graves et surtout dans les cas mortels, deux ou trois jours après l'éruption, parfois même plus tôt, se montrent des taches bleues ou livides plus ou moins larges, à bords diffus, véritables ecchymoses septiques.

Symptômes pendant la période de l'exanthème. — Cette période dure environ sept jours; elle commence au quatrième ou cinquième, et finit au douzième ou au quatorzième jour de la maladie : c'est la période d'état, dont le point culminant est au quatrième jour de l'éruption, c'est-à-dire au huitième, neuvième ou dixième jour de la maladie, lorsque la marche en est régulière. Pendant cette période, il y a aggravation de tous les symptômes; la stupeur, l'agitation, la typhomanie, la surdité augmentent; le pouls se maintient à un chiffre élevé. Les principaux signes sont le tremblement des bras et des mains, le tremblotement incessant des lèvres, la difficulté de la parole, l'articulation incomplète et obscure des mots, l'anéantissement des facultés intellectuelles, l'hébétude et l'égarement du regard, la rougeur vultueuse de la face. Lorsque ces symptômes sont portés au plus haut degré et que l'éruption pâlit, la mort est menaçante. C'est à cette période que surviennent les accidents cérébraux que Hildenbrand qualifiait d'apoplexie, et qui sont le degré le plus élevé de la stupeur typhomanique. Le malade est alors dans le stertor le plus complet; sa bouche est sèche, ses narines poudreuses, ses paupières demi-closes, sa face pâle; il est semblable à une masse inerte, privée de mouvement et de sentiment. L'éruption semble s'être retirée, et les pétéchies vraies se voient seules; peu à peu le refroidissement s'accroît et la mort survient. C'est là la forme grave la plus ordinaire; il y en a d'autres, parmi lesquelles il faut noter la forme convulsive. Ce ne sont pas seulement des soubresauts des tendons, avec marmottements, agitation et sorte de frénésie nocturne : c'est une agitation convulsive de tous les muscles des membres et de la face. Cet état se termine par la mort, et le plus souvent du septième au neuvième jour. C'est à cette période que la maladie présente ce symptôme qui a fait donner son nom à toute une classe de symptômes qui se montrent dans plusieurs maladies graves : nous voulons parler de l'*état typhique*, caractérisé par la stupeur et la prostration profonde, avec subdélirium, soubresauts des tendons, chaleur de la peau, sécheresse de la langue, des narines, des paupières, fréquence et irrégularité du pouls.

L'état des fonctions digestives est le suivant : inappétence absolue et insouciance complète en ce qui concerne l'alimentation. Quelquefois il y a des hoquets continuels et des vomissements bilieux. Il est des malades qui, lorsqu'on introduit un

liquide dans leur bouche, boivent avec avidité ; chez d'autres, la soif est nulle. Chez un grand nombre, il y a incapacité d'exercer la déglutition. Le ventre est indolore, le plus souvent souple, rarement distendu par des gaz. Le plus souvent il y a de la constipation ; dans quelques cas, il y a de la diarrhée. La maladie n'est pas dans l'intestin spécialement, et si la localisation morbide devait être faite, ce n'est pas l'intestin grêle qui serait en cause, comme dans la fièvre typhoïde ; aussi les auteurs ne se sont-ils que fort peu préoccupés de l'état de l'abdomen, du gargouillement, de la nature des garderobes et des taches rosées qui, si elles existaient (ce qui est possible), seraient masquées par l'exanthème général. Il ne paraît pas qu'il se fasse d'hémorrhagie intestinale. Cette hémorrhagie, si elle existait, et cela pourrait être, surtout avec une constitution dysentérique et scorbutique, ne devrait pas être considérée comme un symptôme propre au typhus. L'état des poumons est loin de présenter des signes constants et caractéristiques ; il y a le plus souvent un certain degré de congestion de cet organe et quelques râles sibilants. On a noté des pneumonies survenant dans le cours du typhus ; ces cas sont exceptionnels.

Cette période, ou, si l'on veut, ce septénaire de l'éruption, offre une aggravation de tous les symptômes, jusqu'au moment où cette période que quelques auteurs appellent la crise, et que nous appellerons période de rémission ou de déclin de l'éruption, va commencer.

Période de rémission. — Troisième stade. C'est vers le douzième jour que commence cette période. L'éruption a pâli, la fièvre est moindre, la stupeur et tous les phénomènes typhiques diminuent d'intensité ; le pouls redevient égal ; la tête s'allége, l'intelligence renaît, la respiration reprend sa facilité ; les yeux et la face recouvrent leur expression de bien-être. Le malade se réveille, pour ainsi dire, et semble sortir d'un songe.... Le monde extérieur existe de nouveau pour lui ; ses yeux cherchent peu à peu la lumière et s'y accoutument ; ses membres, au lieu de mouvements désordonnés, exécutent, faiblement encore, des mouvements volontaires et raisonnés. Il se soulève autant que le permet sa faiblesse, et il se dit guéri.

Ce changement si complet, si radical, a quelque chose qui a toujours étonné les observateurs, et c'est avec une sorte de surprise que l'on voit le malade, qu'on a quitté la veille au soir plongé dans la stupeur, apparaître le matin avec cette physionomie nouvelle et ce retour si rapide à la vie de relation. Cependant la surdité persiste, et c'est au bout de plusieurs semaines seulement, dans un grand nombre de cas, que l'ouïe revient à son état naturel. Les bourdonnements d'oreille et une sorte d'ivresse persistent encore pendant cette période ; c'est alors aussi qu'on voit les malades se coucher sur le côté dans une attitude naturelle, et qu'ils jouissent enfin d'un véritable sommeil sans agitation. Ils n'ont plus de cauchemar ; ils répondent nettement aux questions. Cependant il arrive assez souvent que le masque conserve une sorte d'immobilité, un air triste, indifférent, et que la parole, quoique nette et précise, semble se faire par une sorte de mouvement automatique, sans que la physionomie ou le geste lui viennent en aide. La peau conserve encore un peu de chaleur, mais le pouls est généralement peu fréquent ; souvent il ne dépasse pas le chiffre normal. La peau se couvre par moments d'une moiteur générale.

Du côté des voies digestives, voici ce qu'on observe. La bouche devient moins sèche et les boissons sont bues avec plaisir. Le ventre s'affaisse ; il y a souvent une évacuation abondante de matières alvines demi-liquides, bilieuses. Les vomisse-

ments cessent. Le malade expectore souvent des mucosités bronchiques filantes et incolores, en assez grande abondance. Il n'est pas rare que, dans les premiers jours de cette période, il y ait des retours subits à un état fébrile, et quelques intermittences, qui n'ont jamais de régularité et n'affectent aucunement la forme de fièvres d'accès. Borsieri signale une exacerbation des symptômes, se terminant, vers le seizième jour, par une éruption miliaire. Lorsque la maladie est bénigne et régulière, la fièvre cesse complétement pendant cette période, et la convalescence commence, du quinzième au vingtième jour à partir du début. La desquamation s'opère sur tous les points où existait l'exanthème : cette desquamation ressemble à celle de la rougeole et est furfuracée.

La troisième période, ou période de rémission, s'acccompagne quelquefois de certains *phénomènes*, que les anciens auteurs considéraient comme *critiques*, c'est-à-dire qu'on voit apparaître des hémorrhagies nasales, des évacuations alvines abondantes. Quelques auteurs ont noté l'apparition de furoncles. C'est à cette période que l'on a vu quelquefois les eschares se détacher et les oreilles suppurer. La mort survient rarement à cette époque de la maladie, à moins de quelques complications, comme il s'en rencontre dans toutes les fièvres, principalement vers les organes de la respiration.

Convalescence. — Le plus souvent la convalescence est lente. Les malades restent pendant longtemps dans un état de faiblesse excessive ; ils se soutiennent avec peine ; ils sont amaigris, pâles, et ils conservent une sorte de demi-stupeur ; leur intelligence est lente, et leurs réponses, quoique nettes, se font longtemps attendre. La surdité est le phénomène morbide qui persiste le plus longtemps. Le pouls est ralenti et faible. L'épiderme s'exfolie en une sorte de poussière furfuracée, les cheveux tombent, les muqueuses se détergent, l'appétit renaît et les forces digestives sont considérables; il y a un extrême besoin de réparation. Le plus souvent il y a constipation. Dans certains cas rares, on a vu, pendant la convalescence, survenir une rechute, et le malade succomber.

§ V. — Formes et variétés.

Il n'existe point, à proprement parler, de *typhus type ;* cependant la plupart des auteurs s'accordent à reconnaître comme typhus légitime et normal celui qui dure de quinze à vingt jours, présente une stupeur modérée, une éruption franche et bien développée.

Il arrive souvent que le typhus ne parcourt pas toutes ses périodes. On a vu, dans des cas où la maladie a le caractère d'une grande bénignité, les accidents cesser au bout de huit à dix jours. Dans d'autres cas, la maladie, sans offrir de complications sérieuses, se prolonge jusqu'au vingt-cinquième ou au trentième jour. Hildenbrand considère le typhus irrégulier comme très commun ; selon cet auteur, cette irrégularité est accusée : par la prédominance trop exclusive d'un symptôme, tel que l'ataxie ou l'adynamie ; par l'embarras gastrique, la diarrhée, la gangrène, les parotides et les adénites de l'aine ; par l'absence d'un symptôme essentiel, comme l'éruption ; ou par la complication d'une phlegmasie des viscères, principalement des poumons et des plèvres. Il ne faut pas oublier que la constitution médicale du moment influe puissamment sur la nature des complications; et que, précisément,

le typhus sévit, d'habitude, sur les troupes parmi lesquelles règnent le scorbut et la dysenterie. L'adynamie, la prostration, la tendance aux gangrènes, s'expliquent assez bien, lorsque la maladie sévit sur une population fatiguée, épuisée, vivant dans un air confiné et soumise à l'inanition. Ainsi, sans entrer dans plus de détails, on peut dire que : tantôt le génie morbide de l'épidémie, tantôt le climat, tantôt les conditions générales de la vie, chez les populations où sévit le typhus, influent sur la forme de cette affection.

Nous ne pouvons passer sous silence l'opinion d'un médecin distingué de nos jours, M. le docteur Boudin, qui considère la méningite cérébro-spinale épidémique comme une des formes du typhus, et donne à cette affection le nom de *typhus cérébro-spinal*. (Voy. *Méningite cérébro-spinale.*)

§ VI. — Pronostic.

Le typhus est une affection des plus graves, et il est telle circonstance où le plus grand nombre des malades succombent. C'est là un des caractères communs à toutes les maladies pestilentielles contagieuses et épidémiques. Quelques chiffres, empruntés au livre de M. Gaultier de Claubry, donneront une idée de la mortalité en temps d'épidémie : A Gaète, sur 400 conscrits réfractaires, 300 succombèrent: à Gorgau, sur 25 000 hommes (campagne de 1813), il en périt 13 448, en quatre mois ; à Anvers, pendant le blocus, en 1814, plus de la moitié des malades succombèrent, et à Mayence il en mourut 25 000 sur 60 000. Cependant, à côté de ces chiffres, qui expriment le typhus le plus meurtrier, il en est de plus consolants. Frank dit qu'un dixième des malades succombe. Les médecins du nord de l'Europe, qui observent les épidémies mixtes, évaluent également la mortalité à un dixième. Pour M. Gerhard (de Philadelphie), la mortalité est de 1 sur 3 parmi les malades qui ne sont point traités, et de 1 sur 7 parmi ceux qui reçoivent des soins médicaux éclairés. Il est facile de comprendre comment le chiffre de la mortalité peut varier à l'infini.

Le pronostic sera grave : toutes les fois que le malade sera pris de phénomènes ataxiques et adynamiques très marqués dès le début, lorsque l'éruption avortera ou rétrocédera, lorsque de larges pétéchies et des vibices, en grand nombre, se montreront sur le corps, lorsqu'il y aura tendance à la gangrène, aux hémorrhagies, etc.

§ VII. — Traitement.

1° *Traitement prophylactique.* — Existe-t-il un moyen de soustraire un homme, vivant au milieu d'une épidémie, aux chances de la maladie ? C'est une question qui ne peut pas et ne doit pas être traitée, car on aboutirait à cette conséquence forcée : qu'il faut fuir les lieux où règne l'épidémie. Cependant on peut emprunter aux règles de l'hygiène d'utiles précautions, mais il n'y a pas de préservatif spécifique contre le typhus.

2° *Traitement de la maladie.* — On ne doit pas espérer d'enrayer la maladie dans sa marche, on ne doit viser qu'à la diriger et à l'amoindrir. Isoler le malade, le placer dans une chambre bien aérée, à une température douce, telle est la première prescription. Au début, les vomitifs et les purgatifs salins seront utiles, surtout s'il y a prédominance d'embarras gastrique. Lorsqu'il existe des troubles nerveux, et

que l'ataxie et l'adynamie sont portées à leur comble, le camphre pourra être employé avec avantage, soit en pilules, soit dans une émulsion. Si l'éruption tend à pâlir et à disparaître, il faut la rappeler à la peau par des frictions et des excitations violentes. Surtout il faut se garder de ces médications empiriques, violentes et désordonnées, qui ont pour effet d'épuiser le malade et de déranger la marche de la maladie. Lorsque, dit M. Chauffard, la nature accomplit régulièrement son œuvre, il importe de ne pas la troubler, de ne pas peser activement sur elle, de la laisser maîtresse unique de la guérison. Il faut, dans le typhus, comme dans la fièvre typhoïde, se tenir en garde contre les exagérations et l'esprit de système. Le malade ne doit boire ni trop ni trop peu; il faut l'alimenter dès que ses forces digestives le permettent. Quant aux complications, elles doivent être traitées par les médications ordinaires, avec la réserve que doit nécessairement inspirer au médecin la faiblesse du malade.

ARTICLE V.

FIÈVRE PUERPÉRALE.

§ I. — Étymologie.

Puerpera, en latin, se disait de la femme en travail ou en couches: de là est venu le mot *puerpéral*. Strohter (en 1718) est le premier auteur qui se soit servi de l'expression de *fièvre puerpérale*. Cette expression est restée dans le langage médical, et il n'existe point de raison suffisante pour qu'on la remplace par une autre.

§ II. — Considérations générales.

L'état puerpéral (*puerperium*) n'était, dans l'opinion des anciens, que la période de l'accouchement et des suites de couches. De nombreuses observations, fruit du travail des médecins modernes, ont montré qu'il fallait étendre cette expression, d'une part aux femmes qui sont dans la période menstruelle, de l'autre aux enfants nouveau-nés, et peut-être aux fœtus dans les deux derniers mois de la vie intra-utérine. Il nous paraît indispensable, avant de décrire la maladie, de dire quelques mots de l'état mixte physiologico-pathologique qui y prédispose.

Les femmes sont soumises, autant que le permettent leurs organes, aux mêmes maladies que les hommes; mais, d'une part, la disposition différente de leur appareil génital, la fonction spéciale qu'elles accomplissent, et qui est sans analogue dans l'homme, la différence très grande, sinon spécifique, qui existe entre leur constitution et celle de l'homme, engendrent certaines maladies générales, *totius substantiæ*, qui leur sont particulières. La fièvre puerpérale est une de ces maladies. Si nous admettons que le produit de la conception en puisse être atteint, c'est qu'il participe de la mère, et partage les conditions morbides où elle se trouve.

L'état puerpéral peut être le point de départ d'un très grand nombre de maladies, que nous n'avons pas à décrire ici; tels sont : l'anémie et la pléthore aqueuse, la chlorose, la dyspepsie avec toutes ses variétés, l'hystérie, les vomissements incoercibles, la manie, les paralysies, et principalement les paraplégies; en un mot, ces maladies si nombreuses et si caractéristiques qui procèdent de la fonction génitale. La fièvre puerpérale est tout autre chose; l'utérus, en état d'activité fonctionnelle, en est le terrain, le point de départ nécessaire.

[illegible] de sang, présente [illegible] hors de l'organe, [illegible] laisse échapper par rup- [illegible] utérine, quelque- [illegible] dire... Dans tous [illegible] morbide. La fièvre [illegible] pas garantie contre [illegible] l'organe ne fonctionne [illegible] épargne les petites [illegible] d'activité fonction- [illegible] apporte des mo- [illegible] de l'utérus. Cet [illegible] sont plus du domaine [illegible] existe, c'est la place [illegible]. La membrane [illegible] décuplé de volume, [illegible] de conception. C'est [illegible] *opportunité mor-* [illegible] commencé, et il suffit [illegible] engendrer la fièvre [illegible] et il peut contracter [illegible]. Quant au nouveau-né, [illegible], et l'expérience montre [illegible] la mère.

§ III. — Nature de la maladie.

Il serait [illegible] ou la non-essentialité, et sur la spécificité de la [illegible], et de se demander si elle mérite véritablement le nom de fièvre. La discussion [illegible] dont la fièvre puerpérale a été le sujet, au sein de l'Académie de [illegible], en 185[illegible], a d'ailleurs montré qu'il ne faut pas chercher à accorder ensemble des opinions divergentes, et qu'il faut savoir prendre parti. Ceux-là seuls discutent, contestent, qui n'ont pas vu ou qui n'ont pas compris.

Parmi toutes les maladies qui sévissent sur les femmes en couches, il en est une, la fièvre puerpérale, dont les ravages acquièrent quelquefois les proportions d'une calamité publique. Procédant à la façon des affections pestilentielles épidémiques, la fièvre puerpérale fait, en très peu de temps, de très nombreuses victimes, et en présence de pareilles épidémies, la thérapeutique est désarmée. Voilà un fait qui est connu de tout le monde. Le bon sens public a accusé les *maternités* d'être des foyers de fièvre puerpérale. Lorsqu'une pareille épidémie règne dans une maison d'accouchements, toute femme qui y entre pour accoucher risque sa vie, tout aussi bien que l'homme affaibli et souffrant qui entre dans une ambulance où règne le typhus. On voit alors, chose monstrueuse, l'accouchement, fonction physiologique qui, dans les prévisions naturelles, n'expose la femme qu'à une souffrance passagère, devenir le plus dangereux de tous les états. Les épidémies durent plus ou moins longtemps, se concentrent dans une localité, ou rayonnent au loin, faisant des victimes isolées; d'autres fois l'affection se montre sur une seule personne, c'est le

cas le plus rare, car l'épidémicité est un des caractères de toute maladie infectieuse. Cette maladie n'est ni une métrite, ni une phlébite, ni une lymphangite, ni une péritonite, ni une infection purulente ou putride, ni un érysipèle, ni une pleurésie; elle est *une*, et ce que les esprits peu clairvoyants prennent pour autant de maladies différentes, n'est que la manifestation multiple et variée d'une cause unique. Lorsqu'une femme accouchée est prise d'un violent frisson de mauvais augure, avec altération des traits, petitesse et fréquence du pouls, agitation, ainsi que cela a lieu au début de la fièvre puerpérale, nul ne peut dire quelle sera la forme de la maladie, et s'il y aura prédominance de l'infection purulente ou de la péritonite, ou de la pleurésie, ou de la méningite, ou bien s'il n'apparaîtra pas, quelque vaste érysipèle. La péritonite est la manifestation, de beaucoup la plus fréquente, de cette affection. L'utérus est le point de départ nécessaire de la maladie : il était ou il devient, le plus souvent, peut-être toujours, malade, en pareil cas; aussi existe-t-il encore des médecins, voués à l'observation des petits faits, qui, prenant l'effet pour la cause, ou le comment pour le pourquoi, ne voient dans la fièvre puerpérale qu'une métro-péritonite. Nous ne saurions mieux faire que de citer ici textuellement un passage remarquable du premier discours prononcé à l'Académie, en 1858, par M. le professeur Paul Dubois (1) :

« Au point de vue de ses caractères anatomo-pathologiques, la fièvre puerpérale diffère essentiellement de la plupart des affections fébriles et continues qui peuvent devenir mortelles ; quand on relève en effet les résultats d'un grand nombre d'observations recueillies pendant la vie, et de recherches faites après la mort, on arrive inévitablement à cette conclusion, qu'il n'y a presque aucun organe qui ne puisse être altéré et souffrant dans le cours de la maladie, et aucun viscère ni aucun tissu dont on n'ait pu constater l'altération par l'examen cadavérique ; qu'ainsi la fièvre puerpérale, contrairement à ce que l'on observe dans les fièvres dites *essentielles*, n'a pas de caractère anatomique qui lui soit propre ; mais il est un fait qui ne saurait échapper, c'est que presque toujours les autopsies révèlent des suppurations étendues ou circonscrites, souvent disséminées, et qu'il n'est peut-être pas d'organe ou de tissu qui n'en ait été le siége ; que chaque épidémie semble se distinguer par ses lésions prédominantes ; enfin qu'il est des cas rares, il est vrai, dans lesquels l'observation la plus scrupuleuse ne révèle aucune altération manifeste..... Ce n'est pas l'étendue et l'intensité de l'inflammation qui fait le caractère distinctif du groupe de symptômes qui me paraît constituer la fièvre puerpérale ! » — M. Trousseau n'hésite pas à prononcer le mot de *spécificité*..... « Comment, dit-il, nous expliquerons-nous que, dans certaines années, ces lésions puerpérales ou des plaies peu étendues, insignifiantes, tuent presque fatalement, et qu'elles guérissent facilement quelques mois après ou dans un autre lieu? Pas autrement que par quelque chose de spécifique. » — Répondant à une objection qu'on fera toujours, ce médecin éminent disait : « On me demandera à quoi je distingue une péritonite puerpérale simple d'une péritonite épidémique, spécifique. Mais si je ne les distingue pas, cela ne prouve pas qu'il n'y a pas entre elles de différence, car les différences anatomiques ne sont pas les seules possibles. »

(1) *De la fièvre puerpérale, de sa nature et de son traitement*. Communications à l'Académie impériale de médecine. Paris, 1858, p. 115.

Quant à la nature intime de la maladie, à sa cause, M. Trousseau s'exprime ainsi : « De quelque manière que la matière morbifique ait envahi l'économie, qu'elle y ait été engendrée, ou qu'elle y ait pénétré du dehors, elle y germe; c'est surtout sur les plaies qu'elle trouve un sol fertile où elle se multiplie, pour se propager à toute l'économie. C'est ainsi que le sang infecté par une gouttelette de pus varioleux produit une nappe purulente qui recouvre tout le corps. »

Nous pensons que, dans l'état actuel de la science, il n'existe rien de plus parfait que le passage du discours de M. Paul Dubois, où ce médecin, qui a tant pratiqué et si peu écrit, a résumé en quelques mots l'expérience de toute sa vie sur cette question. En cédant la parole à notre maître, nous croyons rendre service au lecteur. Qu'est-ce que la fièvre puerpérale? « Sur cette question capitale au point de vue de la science, et, jusqu'à présent du moins, secondaire au point de vue pratique, les opinions sont partagées encore entre la doctrine de l'infection purulente, celle de l'infection putride et celle de l'essentialité, laquelle suppose l'intervention d'une cause générale, inconnue encore dans son essence, et dont l'un des premiers effets, sans doute, serait une altération des liquides, et surtout du sang. Je ne crois pas à l'infection purulente, parce que les suppurations étendues, et surtout disséminées, me paraissent être déjà un effet et non point une cause de l'altération du sang, et parce que les exemples de fièvre puerpérale mortelle, sans aucune trace apparente de suppuration, sont assez nombreux aujourd'hui pour autoriser l'opinion que je viens d'exprimer. Je crois moins encore à l'infection putride comme cause de la fièvre puerpérale, parce que cette doctrine me paraît beaucoup moins soutenable encore que la précédente. Qui ne voit, en effet, que si le séjour d'une certaine quantité de sang liquide ou coagulé, retenu dans l'utérus et s'y altérant, pouvait devenir la cause d'une intoxication du sang et des effets qu'on lui suppose, une condition naturelle, constante et inoffensive, se convertirait en un danger permanent et redoutable? Il n'y aurait presque aucun cas d'hémorrhagie consécutive à l'accouchement qui ne fût compliqué d'une infection putride; car il n'y a pas de perte utérine un peu abondante, chez une accouchée, qui ne donne lieu au séjour et à l'altération de quelques caillots dans les voies génitales.

« En cet état de la science, j'admets l'altération primitive du sang par une cause encore inconnue, parce que cette hypothèse me paraît très admissible, et parce qu'après la ruine des autres, elle est la seule à laquelle je puisse me rattacher. Je crois même que, dans un très grand nombre de cas, cette cause contient en elle les éléments de la gravité ou de l'innocuité de la maladie, et pour ainsi dire son avenir, comme la cause qui produit l'intoxication varioligène du sang tient sous sa dépendance les inflammations spécifiques disséminées, desquelles résulteront plus tard les pustules discrètes ou confluentes de la variole. »

Tel est donc, à notre époque, et en dépit des scrupules de ceux qui n'osent pas s'affranchir de l'anatomisme, le dernier mot de cette question : « La fièvre puerpérale est une affection *spécifique*. »

§ IV. — Anatomie pathologique.

On comprendra facilement qu'il est difficile de décrire le siége et les lésions habituelles de cette maladie, si l'on sait combien elle est protéiforme. Cependant on

peut, parmi tant de manifestations diverses, reconnaître certaines lésions plus constantes, et qui correspondent à des formes déterminées de l'affection. L'utérus et e péritoine méritent surtout d'attirer l'attention. Il faut d'abord tenir compte de outes les lésions traumatiques que l'accouchement a produites dans l'utérus même u dans le vagin. Ces lésions sont le plus souvent des déchirures, des plaies qui euvent être le point de départ de la maladie. On a ainsi trouvé des gangrènes, de a pourriture d'hôpital, de la diphthérite, un état de putrescence particulière qui a aru correspondre à certains accidents d'infection putride. Le plus souvent, les chies étant altérées et le travail de réparation physiologique de l'utérus s'accomlissant mal, on trouve la surface utérine baignée d'un liquide sanieux d'une xtrême fétidité, résultat et non cause de la maladie. Les parois très épaisses de utérus, après l'accouchement, sont souvent le siége de phlegmons, de phlébites et e lymphangites : le tissu de l'utérus est érectile, et contient autant de vaisseaux ue de muscles; très fréquemment, en incisant la paroi, on la trouve criblée de us. Souvent on suit des vaisseaux lymphatiques utérins, chargés de pus, jusque ans les ganglions sacrés et lombaires. Certains auteurs avaient pensé que la lymhangite était une redoutable lésion, et, comme elle est fréquente en pareil cas, s lui attribuaient une partie de la gravité des accidents puerpéraux; on est fort evenu de ces idées aujourd'hui. La phlébite s'observe également. Le plus souvent, est un cordon phlegmasique qui, parti de l'utérus, se prolonge dans un des ligaents larges; parfois cette phlébite s'étend aux veines hypogastriques et iliaques, descend dans les fémorales. La *phlegmatia alba dolens* n'est qu'une phlébite du embre inférieur, accident local, phlegmasique, le plus souvent peu grave, et qui 'est point du domaine de la fièvre puerpérale. D'autres veines, en grand nombre, euvent renfermer du pus et des caillots, ainsi que cela a lieu dans la forme *infecon purulente* de la fièvre puerpérale. Un médecin de nos jours, qui a étudié avec eaucoup de succès cette question, M. Béhier, pense qu'il y a toujours une métrite, ec propagation au péritoine, au début de la fièvre puerpérale; le siége de ces preiers accidents phlegmasiques serait presque toujours à l'un des angles de l'utérus.

Les annexes de l'utérus, les trompes, les ovaires, sont souvent altérés; on y ouve des signes de phlegmasie, souvent du pus. Il n'est pas rare de voir les ompes remplies d'un liquide puriforme. Les ovaires sont parfois criblés de petits brès, ou recouverts de fausses membranes pyogéniques très épaisses. Le péritoine st presque toujours le siége d'épanchements séro-purulents. Ici il ne faut pas juer précisément de l'intensité de la maladie par le degré de la phlegmasie : ce serait lutôt le contraire qui serait vrai. Lorsque la fièvre puerpérale a été rapide et omme foudroyante, on ne trouve pas les fausses membranes épaisses et résistantes e la péritonite franche et déjà ancienne; on trouve la cavité péritonéale remplie 'un liquide séro-purulent très abondant où flottent des flocons albumino-fibrineux ; et là des fausses membranes à peine formées, principalement autour de l'utérus, ns le bassin et sur le foie. La quantité de l'épanchement est souvent énorme; est un des caractères de la maladie. La sérosité se transforme parfois en pus, avec plus grande rapidité, et il semble qu'il y ait, pour ainsi dire, de la purulence emblée; les fausses membranes sont alors rares, et le péritoine est recouvert de s. Pareille chose a lieu dans les plèvres. Le mot de péritonite éveille dans l'esprit dée d'inflammation; mais il y a loin de la péritonite inflammatoire à la péri-

tonite de la fièvre puerpérale : la première est une phlegmasie; la seconde est une infection dont le caractère principal est de produire le pus en grande abondance. Souvent les fausses membranes existent sur tous les viscères qu'elles font adhérer entre eux; le tissu cellulaire du bassin est fréquemment infiltré de pus, dans toute la périphérie. Les plèvres sont fréquemment le siége d'épanchements séro-purulents avec fausses membranes. Ces épanchements surviennent très rapidement; quelquefois ils accompagnent la péritonite, et parfois ils existent seuls. Les choses se sont passées ainsi dans l'épidémie observée à la Maternité, en 1854, par M. Charrier; on a observé également des méningites. Lorsque l'infection purulente est la forme dominante, on trouve du pus dans les viscères, poumons, foie, rate, dans les articulations, dans les muscles. Parmi les lésions plus rares, nous signalerons les érysipèles et les phlegmons, les gangrènes, etc. Nous ne parlons pas ici des accidents qui suivent les couches, mais qui n'appartiennent pas en propre à la fièvre puerpérale, éruptions, embolies, etc.

L'état du sang mériterait d'être mentionné, si les recherches de chimie animale, faites depuis quelques années, avaient une valeur véritablement médicale. Malheureusement il n'en est rien. Il nous suffira de citer le passage suivant du docteur Vögel, pour montrer au lecteur qu'il n'y a actuellement aucun parti à tirer de semblables analyses : 1° Le sang était acide, et ce fait serait dû à la présence de l'acide lactique; 2° on y aurait trouvé du carbonate d'ammoniaque; 3° dans d'autres cas, de l'hydrosulfate d'ammoniaque; 4° il aurait perdu la faculté de se coaguler; 5° les globules ne seraient plus aptes à rougir au contact de l'air, et, par conséquent, ne pourraient plus jouer leur rôle pendant l'acte de la respiration; 6° les globules seraient, en partie, décomposés et dissous dans le sérum, qui offrirait une coloration rougeâtre ou d'un brun sale.

Quelques auteurs, pensant que la fièvre puerpérale était une sorte de fièvre purulente, avaient insinué que le sang contenait peut-être du pus : il n'en est rien. Le sang est malade, cela est incontestable, parce que le sang fait partie de l'organisme, et qu'il y a ici *morbus totius substantiæ*.

Il existe des cas authentiques de fièvre puerpérale ayant entraîné la mort, et où l'autopsie n'a pas révélé de lésion appréciable d'aucune sorte, ni dans les liquides ni dans les solides. La nature des épidémies entraîne la nature des lésions : c'est tantôt la péritonite, tantôt l'infection purulente ou putride, quelquefois la pleurésie purulente, etc.

§ V. — Symptômes.

Il faut distinguer la fièvre puerpérale consécutive, qui se déclare plusieurs jours après l'accouchement, et après des phénomènes morbides locaux, tels que la métro-péritonite ou la péritonite pelvienne de la fièvre puerpérale d'emblée. Suivant M. Béhier, cette seconde forme n'existerait pas, et la métro-péritonite précéderait toujours la fièvre puerpérale, ne fût-ce que de quelques heures. Quoi qu'il en soit, le moment où la fièvre puerpérale se déclare et prend possession de l'économie est accusé par des symptômes caractéristiques. Un médecin accoucheur des plus distingués, M. Depaul, s'exprime ainsi : « L'époque à laquelle surviennent les premiers accidents n'est pas indifférente. La fièvre puerpérale qui peut se déclarer pendant la grossesse, pendant le travail, ou dans les premières heures qui suivent l'accouchement, apparaît surtout dans les quatre ou cinq premiers jours, et, en

particulier, au bout de quarante-huit ou cinquante heures; il est très rare de la voir faire invasion après le huitième jour. » Cependant des cas de ce genre ont été observés, et l'on peut dire que tant que les lochies existent, il y a possibilité de la fièvre puerpérale. Le début de cette affection est quelquefois subit, et saisit les femmes peu d'instants après leur accouchement, surtout en temps d'épidémie, dans les *maternités*. L'époque d'apparition des premiers accidents coïncide quelquefois avec le moment de la *fièvre de lait*. Le premier symptôme est un frisson violent qui marque l'invasion. Ce frisson est intense, prolongé, douloureux, et ne saurait être comparé qu'à ceux de l'infection purulente ou des fièvres intermittentes graves; il dure parfois plusieurs heures et se répète de façon à simuler une fièvre intermittente. Le pouls est fréquent, le plus souvent au-dessus de 120, il est petit et dépressible. La peau n'est pas très chaude et le frisson n'est pas suivi de sueur. S'il y a des sueurs, c'est ordinairement vers la fin de la maladie, et elles sont alors froides et visqueuses. La face est profondément altérée, anxieuse, et exprime souvent une sorte de terreur. Le *facies abdominal*, surtout lorsque la péritonite prédomine, est des plus marqués, et la physionomie à elle seule suffit souvent au diagnostic. La respiration est haute, courte, entrecoupée. Les malades accusent un malaise considérable dans la région épigastrique, et ce n'est pas seulement lorsqu'il y a de la péritonite. Cependant, le plus souvent, la péritonite se déclare, le ventre est extrêmement sensible à la pression, non en un point mais partout; il se tuméfie, se ballonne; les intestins, remplis de gaz, se dessinent à travers la paroi abdominale; le diaphragme est refoulé, la respiration gênée; tout mouvement devient impossible; des éructations ont lieu; chaque mouvement, chaque contraction intestinale arrache des cris aux malades; des vomissements bilieux, verts, porracés, ont lieu avec une singulière fréquence; c'est en vain qu'on veut s'y opposer, la bile est sécrétée en quantité énorme et le vomissement est un soulagement : nous avons trouvé, dans l'estomac de femmes mortes de fièvre puerpérale, jusqu'à deux litres de ce liquide bilieux. A cette agitation, à ces cris, à ces douleurs incessantes, qui sont encore la lutte, succèdent la torpeur, l'amoindrissement des forces; la voix est soufflée et sans timbre, comme celle des cholériques; la face est tirée, comme amaigrie; la peau est froide, le ventre peu sensible; vingt-quatre heures ont quelquefois suffi pour amener ce changement, et la mort survient. Souvent on a vu les malades délirer ou tomber dans une sorte d'extase, pendant les derniers temps de la vie. Souvent les malades accusent, au début, des douleurs articulaires violentes ou des douleurs musculaires. Souvent la diarrhée se montre et les selles deviennent involontaires. La langue est le plus ordinairement large, molle, humide, quelquefois recouverte d'un enduit sale. Lorsque, dit M. Depaul, dans les trois ou quatre premiers jours qui suivent l'accouchement, une femme éprouve un frisson violent, lorsque son pouls devenu petit et dépressible, s'élève à 140 pulsations par minute, lorsqu'on observe les divers troubles d'innervation et de respiration dont nous avons parlé, lorsqu'un peu plus tard apparaissent les douleurs rhumatoïdes, et lorsqu'en même temps on voit le visage s'altérer profondément, on peut hardiment porter son diagnostic : la fièvre puerpérale a fait invasion. On peut aller plus loin, et annoncer qu'elle sera presque fatalement mortelle, surtout si l'on observe en temps d'épidémie, et dans une maison spéciale d'accouchements.

Formes. — Cette forme grave de la maladie est la plus commune, mais il en existe d'autres. Il arrive quelquefois qu'après un violent frisson et les signes du début de l'affection, une sueur profuse a lieu, qu'un érysipèle s'établit, qu'il se produit en un point du corps, en un organe moins sensible et moins délicat que le péritoine, une localisation morbide qui reste limitée : c'est une pleurésie, un phlegmon, etc. D'autres fois c'est une phlegmasie de la mamelle ; souvent ce sont des lésions gangréneuses ou diphthéritiques des parties génitales. Dans certains cas la péritonite elle-même semble se localiser, et l'extrême gravité des premiers symptômes disparaît, pour faire place à la gravité relative d'une péritonite simple. Il arrive assez souvent que les deux plèvres sont, en même temps, le siége d'un épanchement séro-purulent considérable, qui, dans un grand nombre de cas, entraîne la mort. L'infection purulente, particulière à la fièvre puerpérale, est une forme grave de la maladie, mais on en guérit néanmoins. La durée de cette maladie est alors très longue, et l'on voit se montrer, en divers points du corps, des accidents qui se rattachent tous à la même cause. L'ictère n'est pas rare dans la fièvre puerpérale, soit qu'il y ait phlegmasie et abcès du foie, ce qui est l'exception, soit qu'il y ait excitation de cet organe et hypersécrétion de bile, par suite de la péritonite. L'infection putride peut se montrer également et entraîner la mort ; on l'attribue alors à la putrescence des caillots contenus dans l'utérus, à la putréfaction de portions du délivre qui n'ont pu être extraites, au séjour prolongé dans l'utérus, après la rupture des membranes, d'un fœtus mort. En pareil cas, il y a des frissons moins marqués que dans l'infection purulente. La langue devient sèche et fuligineuse, la face a une teinte terreuse. Il se produit une sorte de fièvre hectique avec diarrhée, et la mort peut survenir.

Les fœtus, surtout en temps d'épidémie, meurent souvent de péritonite, dans le sein maternel. On a vu plusieurs fois les femmes qui avaient mis au monde des fœtus ainsi morts, succomber elles-mêmes à la péritonite. Les enfants nouveau-nés, en temps d'épidémie puerpérale, sont sujets aux érysipèles, aux ophthalmies diphthéritiques et purulentes, aux phlegmons, et ils succombent, en grand nombre, à la péritonite ; on a observé assez souvent chez eux l'infection purulente et l'infection putride. Chez quelques-uns on a vu des gangrènes en différentes parties du corps.

§ VI. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Lorsque la fièvre puerpérale affecte la forme abdominale, elle marche avec une extrême rapidité ; et, dans les cas trop fréquents où elle entraîne la mort, sa durée moyenne est de quatre jours. Quelquefois la mort survient au bout de vingt-quatre heures ; d'autres fois, au bout de dix jours. La constitution épidémique joue ici un rôle considérable. Lorsque la maladie ne fait, pour ainsi dire, qu'effleurer l'économie, le frisson du début est bien vite suivi d'une sédation, d'un apaisement de tous les symptômes ; le pouls retombe au-dessous de 120 ; les frissons ne reparaissent pas ; la peau est moite ; au bout de quarante-huit heures, la forme bénigne de la maladie doit apparaître clairement.

Si, au contraire, les accidents vont, pendant ce temps, en s'aggravant ; si les frissons redoublent, si le pouls conserve sa fréquence, s'il survient de l'agitation, la gravité et souvent l'incurabilité de la maladie apparaît. Lorsque les cas graves mar-

chent néanmoins vers la guérison, la durée de la maladie peut se prolonger pendant plusieurs semaines, surtout s'il y a des épanchements dans les plèvres, des arthrites, des phlébites, des phlegmons des muscles, etc. La convalescence, dans tous les cas, sera longue. Les rechutes sont rares ; mais, aux premiers accidents aigus, peuvent succéder des affections, principalement des annexes de l'utérus, dont la durée est indéterminée.

La terminaison ordinaire de la fièvre puerpérale grave est la mort. Dans les cas légers, la guérison est facile et rapide. On a noté, parmi les signes de bénignité, la persistance et l'abondance des lochies, la facile sécrétion du lait, l'apparition d'un *herpes labialis*.

§ VII. — Diagnostic.

Lorsqu'on vit dans le milieu épidémique de la fièvre puerpérale, on ne saurait méconnaître cette affection ; ce n'est pas qu'elle ait, à proprement parler, de symptôme pathognomonique. C'est, ainsi que le dit M. Depaul, dans le caractère de plusieurs de ses symptômes, dans leur apparition simultanée ou successive, qu'un œil exercé saisit un cachet particulier, qui lui fait presque toujours reconnaître, de prime abord, la gravité et la véritable nature du mal. On peut facilement confondre la péritonite avec la fièvre puerpérale. Le danger de cette confusion est nul ; la maladie ne tarde pas à acquérir les caractères distinctifs qui lui sont propres. L'intensité et la durée du frisson initial, l'extrême fréquence et la petitesse du pouls, l'agitation, l'altération profonde de la face, la prédominance, au début, des phénomènes généraux sur les accidents locaux, caractérisent la fièvre puerpérale. Dans la péritonite, c'est la maladie locale qui prédomine. Il arrive assez souvent que, trente-six ou quarante-huit heures après l'accouchement, il survient du frisson avec élévation du pouls, chaleur de la peau, douleurs de ventre ; c'est peut-être le début de la *fièvre de lait*. Ces accidents ne durent pas, et ne sauraient être confondus avec le début de la fièvre puerpérale.

§ VIII. — Pronostic.

Lorsque l'affection est bien caractérisée, le pronostic est toujours de la plus haute gravité. En temps d'épidémie, et surtout lorsque règne la forme abdominale, la mort est la règle. La gravité est moindre lorsque la maladie affecte les autres formes que nous avons signalées.

§ IX. — Étiologie.

Le *génie épidémique* est un fait que nous constatons, sans le comprendre. Tant que dure une épidémie de fièvre puerpérale, il ne faut, pour ainsi dire, pas chercher d'autre cause de la mort des femmes en couches, si l'on en excepte toutefois les causes traumatiques. C'est en vain, en temps ordinaire, alors que la fièvre puerpérale ne règne pas, que les femmes accoucheront dans des lieux insalubres, mal aérés, humides, encombrés ; c'est en vain que l'inhabileté, l'incurie présideront à leur accouchement ; ni la pauvreté, ni l'imprudence, ni l'absence de soins ne causent la fièvre puerpérale. Cette maladie sévit dans les palais comme dans les chaumières. Les femmes jeunes, vigoureuses, primipares, dont la grossesse n'a été

marquée par aucun accident, dont l'accouchement a été facile et dirigé par une main habile, succomberont en temps d'épidémie. L'expérience a démontré que la fièvre puerpérale s'engendre et s'entretient volontiers dans les maisons d'accouchements, comme la peste et le choléra dans les navires et les camps. Il ne faut pas chercher ici les petites causes. Ce n'est pas la fétidité des lochies qu'il faut accuser, et toutes les injections du monde ne peuvent rien contre le génie épidémique. L'émotion publique, dirigée ou égarée par les médecins qui cherchent les palliatifs, a souvent cherché dans l'insalubrité, dans la mauvaise aération des habitations, dans le mauvais état de la literie, la cause de cette maladie. Toutes les tentatives faites pour dissiper les épidémies par l'hygiène entendue ainsi sont et seront vaines.

Épidémie. — La fièvre puerpérale est quelquefois sporadique ; mais, le plus souvent, elle est épidémique. « On a vu, dit M. Tarnier, la fièvre puerpérale, en 1819, régner à la fois à Vienne, Prague, Dresde, Wurtzbourg, Bamberg, Anspach, Diligen, à Lyon, à Paris, Dublin, Glasgow, Stockholm, Saint-Pétersbourg. Il est assez curieux également de voir quelques-unes de ces épidémies s'étendre aux femelles mêmes des animaux domestiques, aux chiennes, par exemple, dans l'épidémie observée à Londres, en 1787 et 1788, et dans celle de 1821 à Édimbourg, ainsi qu'aux vaches qui vêlèrent à cette époque dans plusieurs parties de l'Écosse, enfin aux poules pondeuses des environs de Prague, dans l'épidémie de 1835 (1). »

Il ne se passe pas d'année, sans que la Maternité et le service d'accouchements de la Faculté de médecine de Paris ne soient fermés plusieurs fois, à cause de la très grande mortalité qui s'y produit instantanément et sans raison apparente. Lorsqu'une épidémie règne, elle se borne souvent à un quartier, à un hôpital ; mais quelquefois la maladie rayonne aux environs, et elle peut envahir toute une contrée. La durée de ces épidémies est souvent courte. Il est arrivé quelquefois qu'à la Maternité de Paris, vingt ou trente femmes sont mortes dans une semaine, et que, dans la semaine qui a suivi, il ne s'est pas produit un seul cas de la maladie. En général, ces épidémies ne durent pas plus de quatre à cinq mois ; mais elles peuvent se montrer plusieurs fois dans la même année.

La mortalité est beaucoup plus considérable dans les maisons hospitalières d'accouchements que dans la ville, et surtout dans les campagnes. M. Tarnier, qui a fait le relevé de la mortalité dans différents hôpitaux de Paris, comparée à la mortalité des femmes en couches de la ville, est arrivé aux chiffres suivants : la mortalité des femmes en couches est dix-sept fois plus considérable à l'hôpital qu'à domicile. C'est un fait notoire aujourd'hui que les enfants nouveau-nés succombent, en grand nombre, à la péritonite, dans les hôpitaux d'accouchements.

Infection, contagion. — L'infection est tellement évidente qu'elle n'a pas besoin d'être démontrée. On a vu toutes les femmes d'une même salle, au nombre de vingt (Trousseau), succomber à la fièvre puerpérale. La contagion est probable. C'est dans les moments de grandes épidémies que l'on a vu succomber à cette maladie des femmes qui soignaient les malades, et qui n'avaient d'autre condition de puerpéralité que l'état menstruel. D'autre part, les médecins ont souvent été accusés, et quelques-uns se sont accusés eux-mêmes d'avoir servi de moyen de transport de la matière morbifique d'une femme malade à une femme saine. Voici à cet égard l'opi-

(1) Tarnier, *De la fièvre puerpérale.* Thèse, Paris, 1858.

nion qu'exprimait, à l'Académie impériale de médecine, M. Paul Dubois : « Je ne conteste pas l'importance des faits invoqués, je ne prétends même pas que la propagation de la fièvre puerpérale par des inoculations involontaires soit impossible ; mais il me sera permis de faire une observation générale, c'est que l'origine, en quelque sorte artificielle et secrète, de ces faits pathologiques ne repose que sur une présomption, qui peut être admise sans contredit, mais que des esprits sévères pourront toujours contester (1). »

§ X. — Traitement.

Prophylaxie. — Il n'y a pas de traitement classique de la fièvre puerpérale. Toutes les médications ont été employées ; toutes ont eu des succès, et de plus nombreux revers. Tour à tour les doctrines médicales régnantes ont imposé à la pratique une thérapeutique que justifiaient les meilleures raisons, selon le temps. Le scepticisme a gagné tout le monde ; l'impuissance des thérapeutiques dites rationnelles, des moyens dits spécifiques, est aujourd'hui évidente. L'empirisme, la médecine perturbatrice, la fantaisie, qui n'est que l'apparence du génie, se sont essayés, et le nombre de morts n'a pas diminué. Voilà la vérité exacte et triste, en ce qui concerne le traitement de la fièvre puerpérale grave.

Indications dans le cours de la maladie. — Ce n'est pas qu'il n'y ait des indications, et que le médecin soit nécessairement désarmé ; mais ces indications sont du domaine de la médecine générale, elles n'ont rien qui s'applique en particulier à la fièvre puerpérale. Voici ces indications :

Suivant les épidémies, il y a prédominance de l'état saburral, ou d'accès de fièvre à retour périodique, ou de phlegmasie du péritoine : alors il est certain que des vomitifs ou des purgatifs administrés à propos, que l'emploi du sulfate de quinine, que des sangsues et des bains seront employés avec plus ou moins de succès. Ce n'est plus, comme on le voit, le traitement de la maladie, c'est le traitement d'après les indications.

Un médecin formé à l'école de Paris, et qui jouit à bon droit de l'estime de tous, M. le docteur Béhier (2), a soutenu récemment cette thèse que : la maladie débutant nécessairement par une phlegmasie de l'utérus ou de ses annexes, il fallait la traiter par les antiphlogistiques. Il applique des sangsues, en grand nombre, au point douloureux, et revient fréquemment à ce moyen, dont il dit avoir à se louer. En pareil cas, toute foi est honorable, et l'on ne doit pas blâmer ce moyen.

Les grands vésicatoires appliqués sur le ventre, les moyens révulsifs de toute nature ont été préconisés et n'ont pas donné de résultats probants. Quant aux injections utérines, aux lotions astringentes ou détersives, ce sont des moyens adjuvants, dont la portée, quant au fond de la question, est nulle.

Actuellement il ne reste debout que la méthode de M. Béhier, qui est d'appliquer successivement un grand nombre de sangsues sur l'abdomen, et celle de M. Beau, qui est d'administrer le sulfate de quinine à la dose d'un gramme au

(1) *De la fièvre puerpérale, de sa nature et de son traitement.* Communications à l'Académie impériale de médecine, par MM. Guérard, Depaul, Beau, Piorry, Hervez de Chégoin, Trousseau, Paul Dubois, Cruveilhier, Danyau, Cazeaux, etc. Paris, 1858, in-8.

(2) *Étude sur la maladie dite fièvre puerpérale.* Paris, 1855.

moins, aux nouvelles accouchées, en temps d'épidémie, avant même le début des accidents.

Nous pensons qu'il faut prémunir les médecins contre l'opinion erronée, que les vomissements doivent être réprimés; il est préférable qu'ils aient lieu lorsque l'estomac est chargé, comme cela arrive souvent, de liquide bilieux. Tous les moyens qui peuvent calmer les douleurs seront employés fort à propos dans les cas graves. Quand le médecin n'espère pas guérir, il ne doit pas désespérer de soulager.

Il y a beaucoup à dire sur l'hygiène et sur la prophylaxie. Il y a une parole que connaissent bien tous les élèves de M. Paul Dubois : « En temps d'épidémie, il vaut mieux, pour une femme, accoucher dans la rue que dans notre service d'hôpital. » Il y a, dans cette parole, un sens pratique qui n'échappera pas au lecteur. Et d'abord, avant toutes choses, il faut qu'à tout prix, les femmes soient soustraites au milieu épidémique. On a vu des femmes atteintes des premiers accidents, et qui, transportées hors du foyer épidémique, ont guéri. Ces faits-là devraient être connus de tout le monde. N'est-il pas évident que la préoccupation de tout médecin éclairé devra être de savoir s'il règne là, où l'appelle un accouchement, une épidémie de fièvre puerpérale, et qu'il devra donner ses ordres pour que la femme soit transportée ailleurs, et qu'il en devra être de même pour les nouveau-nés. C'est là une pratique qui existe déjà pour les classes riches, et il faut l'étendre aux classes pauvres. Il faut que les médecins, qui n'ont droit à la considération publique qu'autant qu'ils servent les intérêts du public, se pénètrent de cette idée : que les *maternités* sont des foyers habituels de fièvre puerpérale, et que c'est là une institution qu'il faut détruire ou transformer. On peut hésiter quant au moyen, mais non quant au but.

ARTICLE VI.

FIÈVRE JAUNE.

La fièvre jaune est une maladie qui ne se montre pas dans tous les pays ; il y a des limites géographiques qu'elle n'a jamais franchies. Les lieux où on l'observe sont : les îles et une partie du continent de l'Amérique, et quelques points de l'Afrique; mais assez fréquemment on l'a vue se montrer, sous forme d'épidémie, sur le littoral de l'Espagne et du Portugal. On l'a vue aussi apparaître à Livourne en Italie; et à Bordeaux, à la Rochelle, à Rochefort et à Brest (1).

Quel est le lieu d'origine de la fièvre jaune? Il est impossible de répondre d'une manière précise à cette question. Cependant, si l'on considère que, dans l'antiquité, on ne trouve aucune trace évidente de cette affection; qu'elle n'a commencé à être bien connue qu'après le retour des Espagnols du nouveau monde; que c'est là qu'elle règne le plus constamment et qu'elle exerce les plus grands ravages, on est porté à admettre que c'est en Amérique qu'elle a pris naissance, sans pouvoir décider toutefois si elle y existait déjà avant l'arrivée des Espagnols (ce qui néanmoins paraît probable), ou si elle s'y est développée après la conquête.

Avant le milieu du XVIIe siècle, nous ne trouvons que des indications plus ou moins vagues de la fièvre jaune. Vers cette époque seulement, les descriptions prirent un caractère scientifique; puis elles se multiplièrent, la maladie étant étu-

(1) Beau, *Rapport sur les cas de fièvre jaune*, etc. (*Bull. de l'Académie de médecine*, 1856-57, t. XXII, page 889).

diée à la fois dans les colonies espagnoles, françaises, anglaises, et dans les points de l'Europe où se déclaraient les épidémies. Je me bornerai à signaler quelques-uns des principaux travaux, dans le cours de cet article.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Il est difficile de donner une bonne définition de la fièvre jaune. On a dit que cette affection était une maladie fébrile caractérisée par la couleur rouge, puis jaune des téguments, par la douleur épigastrique, les vomissements noirs et la rétention d'urine ; mais ces symptômes ne se montrent que dans les cas graves ; il est des cas si légers, qu'à peine aperçoit-on un faible malaise, sans jaunisse, et sans aucun des autres symptômes que je viens d'indiquer ; et cependant une étude attentive des faits prouve que l'affection n'en a pas moins existé, et que les sujets sont préservés pour l'avenir. Je n'en dirai pas davantage sur ce point, quant à présent, et je renvoie à l'indication des lésions anatomiques ce que j'ai à dire du caractère épidémique de la fièvre jaune.

Cette affection a été désignée sous un grand nombre de noms différents : *typhus*, *typhus ictérode*, *nautique*, *typhus amaril* ou *typhus jaune*, *fièvre bilieuse d'Amérique*, *coup de barre*, etc. On lui a donné aussi les noms des pays où on l'a observée : *fièvre d'Amérique*, *de la Martinique*, *des Barbades*, *de Livourne*; ou bien on l'a désignée par l'un de ses symptômes : *vomito negro*, *vomissement noir*, etc., etc.

§ II. — Causes.

J'ai dit plus haut, que *la fièvre jaune ne se montre que dans certaines régions.* C'est un fait qui est établi sur les plus nombreuses observations ; mais, sans entrer dans d'autres détails, je me contenterai de dire qu'elle n'a jamais dépassé le 48ᵉ degré de latitude boréale et le 8ᵉ degré de latitude australe.

Un certain degré d'élévation de la température est, d'après toutes les recherches, nécessaire pour que la maladie se produise (+ 18 degrés environ). Si ce degré est dépassé, si la chaleur devient brûlante et le pays aride, on ne voit pas la fièvre jaune ; au-dessous de ce degré elle n'existe pas davantage.

Quant aux *saisons*, l'été et l'automne sont celles dans lesquelles se développe le plus souvent la maladie.

Beaucoup d'auteurs, parmi lesquels il faut signaler principalement Chervin (1), ont avancé que la fièvre jaune est de nature paludéenne, c'est-à-dire qu'elle est due à la même cause que la fièvre intermittente. Souty, chirurgien distingué de la marine (2), partage cette opinion, sans toutefois accorder à cette cause une influence exclusive ; mais tous les faits ne viennent pas à l'appui de cette explication. M. de docteur Dutroulau (3), qui nous a donné une très bonne description de l'épidémie de fièvre jaune qu'il a observée à la Martinique, de 1839 à 1841, cite des épidémies qui se sont développées dans des lieux très éloignés de tout terrain

(1) *De l'identité de nature des fièvres d'origine paludéenne* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1842, t. VII, p. 1045 et suiv.).
(2) Thèse, Montpellier, 1845.
(3) Thèse, Paris, 1842.

marécageux; et, dans un mémoire récent (1), ce médecin donne de nouvelles preuves à l'appui de sa première assertion.

Tous les auteurs s'accordent à ranger l'*humidité* parmi les causes principales de la fièvre jaune; M. Dutroulau admet lui-même l'influence de cette cause. Il est, en effet, remarquable que c'est dans les saisons pluvieuses et dans les lieux où les pluies sont abondantes et de longue durée, que se montre particulièrement la maladie. Ces deux conditions, *humidité et chaleur*, paraissent donc les principales circonstances atmosphériques dans lesquelles elle se développe.

Il faut y joindre, d'après les recherches de M. Dutroulau, certains *vents* qui varient suivant les lieux, le vent du sud, par exemple, pour la Martinique; l'abondance de l'*électricité* dans l'atmosphère, les *orages*.

On a dit que les *enfants* étaient moins fréquemment atteints que les *adultes;* que la maladie attaquait de préférence les sujets d'un *tempérament bilieux*, etc.; mais nous n'avons pas, sur ce point, de preuves suffisantes.

Acclimatement. — On a remarqué que dans les épidémies, les Européens, et surtout les nouveaux débarqués, étaient particulièrement atteints, et l'on en a conclu qu'il fallait un certain acclimatement pour résister à la fièvre jaune. Je ne prétendrai assurément pas le contraire; mais je ferai remarquer que ce fait n'est peut-être pas aussi bien démontré qu'on le croit communément. Il résulte des recherches de M. Louis (2), qu'il y a des cas de fièvre jaune extrêmement légers, et que, d'un autre côté, cette maladie (les cas contraires sont des exceptions) n'attaque les sujets qu'une fois. Or, ne doit-il pas y avoir un bon nombre de cas qui passent inaperçus; et de là, en partie du moins, cette immunité qu'on attribue à l'acclimatement.

Infection, contagion. — Je ne peux entrer dans les longues discussions qui se sont élevées à ce sujet, et je dois me borner à dire que l'infection est généralement admise, et que la contagion, dont on ne doutait guère autrefois, a été regardée comme très douteuse, ou formellement niée par quelques médecins. MM. Louis, Trousseau et Chervin ont réuni à Gibraltar un grand nombre de documents sur ce point d'étiologie (3), mais malheureusement aucun d'eux ne nous en a donné l'analyse. Les observations récentes établissent, sans contestation, le fait de la contagion.

Un mot suffit pour les *causes occasionnelles*, auxquelles tous les auteurs ne donnent qu'un rang très secondaire. Celles qu'on a signalées sont les vives *émotions morales*, les *grandes fatigues*, les *excès* de tout genre; l'exposition au froid et à l'humidité, ou au contraire l'insolation prolongée, etc.

[Les travaux des médecins européens réunis en commission pour juger les mémoires originaux envoyés aux Académies, les notes adressées à ces mêmes corps savants par les médecins envoyés en mission pour une épidémie passagère, ont été bien effacés dans ces dernières années par les études qu'ont faites sur place les médecins américains, dans les terribles épidémies qui ont sévi sur la plupart des îles et des ports du littoral du golfe du Mexique, et de l'embouchure du Mississipi. L'opi-

(1) *Arch. gén. de méd.*, février 1853.

(2) *Recherches sur la fièvre jaune de Gibraltar de 1828* (*Mém. de la Soc. méd. d'observ. de Paris*, t. II, 1844).

(3) *Documents recueillis par la commission médicale française envoyée à Gibraltar pour observer la fièvre jaune.* Paris, 1830, 2 vol. in-8.

nion publique s'est émue de ces épidémies si meurtrières, qui ont ravagé non-seulement les États-Unis et Cuba, mais une partie de l'Amérique du Sud. La question de la contagion a été étudiée et a donné lieu aux discussions les plus passionnées. On ne saurait aujourd'hui nier la contagion. Il n'y a plus à discuter que sur les moyens de s'y opposer.]

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de la fièvre jaune ont été étudiés avec un très grand soin par beaucoup d'observateurs; mais M. Louis est le premier qui ait apporté dans leur description un ordre et une méthode convenables. C'est donc sa relation qu'il importe de suivre principalement. Mais comme, dans certaines épidémies, on a trouvé des symptômes particuliers; et, comme c'est une opinion très accréditée que, les diverses épidémies de la fièvre jaune offrent souvent une physionomie assez différente, je rechercherai dans les autres auteurs ce qu'il y aura de plus important à ce point de vue.

Début. — Le début de la fièvre jaune a lieu à peu près indifféremment à toutes les heures du jour, plus rarement la nuit. *Dans les cas graves*, une céphalalgie intense avec des frissons, des tremblements, des douleurs dans les membres, ouvrent la scène; bientôt après apparaissent la rougeur et la bouffissure de la face, précédées ou accompagnées de douleurs dorsales. Quelquefois ces douleurs sont très vives, ce qui a valu à la maladie le nom de *coup de barre*. M. Dutroulau a signalé, dans quelques cas, des *symptômes précurseurs*, consistant dans un certain malaise, de l'abattement et de l'anorexie. *Dans les cas légers*, les mêmes symptômes indiquent le début; mais ils sont peu intenses, et souvent tellement faibles, que les malades ne sont pas forcés de s'aliter.

Symptômes de la maladie confirmée. — *Cas graves.* — Les frissons peuvent se renouveler pendant un certain temps; le plus souvent ils font place à une *chaleur* qui n'est pas très incommode, et qui est parfois suivie d'une *sueur* variable. Vers les derniers temps de la maladie, chez les sujets qui succombent, il survient un refroidissement des membres plus ou moins marqué.

La *céphalalgie* persiste et ne se dissipe guère que vers le milieu du cours de la maladie; dans les cas où l'invasion est rapide, elle est intense, ordinairement sus-orbitaire, parfois générale.

Bientôt les *yeux* deviennent rouges, larmoyants, brillants; les malades se plaignent d'y éprouver de la cuisson, des picotements; la *face* est rouge, animée, bouffie; sa couleur, dans l'épidémie observée par M. Dutroulau, se rapprochait de celle de l'acajou clair. Dans quelques cas, la rougeur s'étend jusqu'aux téguments de la partie antérieure de la poitrine. A une époque plus avancée de la maladie, la couleur jaune des téguments se manifeste, mais à des degrés très divers. Chez un certain nombre de sujets, elle est à peine perceptible et bornée au tronc, ou même à la poitrine, endroit où elle commence à apparaître à la suite de la rougeur; chez d'autres, le tronc et les yeux sont jaunes; chez d'autres enfin, la jaunisse se montre à la face, et même sur tout le corps. Ce symptôme n'est pas constant, même dans les cas graves; cependant nous verrons plus loin que M. Dutroulau en a toujours trouvé les traces sur les cadavres.

La *langue* est, dans quelques cas graves, sèche et d'un gris foncé; le plus sou-

vent elle est humide, blanche; parfois elle offre un enduit sale et une teinte violacée (Dutroulau).

La *soif* est vive, l'*appétit* nul; et, quinze ou vingt heures après le début, se manifestent des symptômes *gastriques* remarquables. Ce sont d'abord des *douleurs épigastriques*, qui sont loin de se montrer dans tous les cas, et qui ne sont intenses que chez un petit nombre de sujets. Les *vomissements*, qui ne se montrent pas non plus d'une manière constante, mais qui sont, comme le symptôme précédent, d'autant plus fréquents que la maladie est plus grave, sont d'abord bilieux ou alimentaires; mais, à une époque plus avancée de la maladie, ils deviennent grisâtres, ou bien ils sont composés d'une matière brune ou noire qui, tout porte à le croire, est du sang altéré, ou enfin ils sont formés de sang pur.

Dans les premiers temps, le ventre ne présente d'autre phénomène qu'une légère *constipation;* plus tard on voit, mais chez un certain nombre de sujets seulement, les *selles* devenir noirâtres, et, dans un bien plus petit nombre de cas encore, se montrer un véritable flux de sang ou une diarrhée bilieuse (Dutroulau). Ce dernier cas est très rare, car M. Louis n'a pas observé de diarrhée, à moins qu'elle ne fût provoquée. Partout ailleurs qu'à la région épigastrique, le ventre reste souple, indolent, bien conformé.

Dans la première partie du cours de l'affection, les *urines* sont facilement émises, et sont seulement un peu rougeâtres; à une époque avancée, l'urine se supprime dans un petit nombre de cas.

Un des symptômes les plus remarquables est l'*agitation* ordinairement très grande qu'éprouvent les malades; souvent ils ne savent quelle position garder, et sont en proie à la plus grande anxiété. Plus tard on observe, dans quelques cas, surtout lorsque la maladie doit se terminer par la mort, des spasmes, des soubresauts des tendons, un léger délire. M. Dutroulau a vu quelquefois des *convulsions* générales, avec écume à la bouche, précéder immédiatement la mort; parfois, au contraire, tous les symptômes nerveux se calment, le malade est tranquille; il y a un mieux trompeur, que, dans certains pays, on appelle le *mieux de la mort.*

La *respiration* est un peu accélérée d'abord; puis, à mesure que la maladie fait des progrès, elle devient anxieuse, et ce symptôme est souvent très marqué peu de temps avant la mort.

Le *pouls* est généralement en rapport avec le degré de chaleur; il est plein, dur dans les premiers temps, mais il n'offre qu'une accélération médiocre. Il donne ordinairement de 80 à 100 pulsations. Quelquefois néanmoins il s'élève au-dessus de ce chiffre, mais faiblement. Cependant, dans l'épidémie observée à Cayenne en 1851, par M. Leconte (1), le pouls variait de 100 à 160 pulsations. Lorsque la maladie fait des progrès vers la mort, le pouls devient mou, dépressible, petit, mais il ne s'accélère pas sensiblement; parfois il se ralentit, et il reste régulier. M. Dutroulau a noté, dans un certain nombre de cas, des *hémorrhagies* dans l'épaisseur des membres, déjà signalées par d'autres observateurs. Chez un sujet, ces hémorrhagies ont causé la mort.

Tels sont les symptômes qui se montrent dans les cas graves; mais je ne saurais trop le redire, il n'en est aucun qui soit constant; seulement on peut avancer, d'une

(1) *Union médicale*, 29 mars 1851.

manière générale, qu'ils se montrent d'autant plus nombreux et plus violents que la maladie est plus grave; encore y a-t-il des exceptions extrêmement remarquables à cette règle. M. Louis en a cité des exemples frappants. Je n'en rappellerai qu'un où il n'y eut, comme symptômes un peu graves, que d'assez vives douleurs aux mollets et la suppression d'urine, sans nausées, ni vomissements, ni trouble le plus léger de l'intelligence; et cependant le malade succomba du quatrième au cinquième jour de l'affection. Ces faits étaient tellement connus à Gibraltar, qu'on avait donné un nom particulier à cette terminaison : on disait que les malades *mouraient sur pied.*

A l'occasion de chaque symptôme, j'ai dit quel caractère il prend aux approches de la mort; voici maintenant, d'après la description de M. Dutroulau (1), comment les symptômes s'amendent : « Quand la guérison a lieu, c'est-à-dire quand les vomissements et les déjections noires n'ont pas paru, que les hémorrhagies passives n'ont pas été trop abondantes, vers le sixième ou septième jour, quelquefois avant, l'agitation cesse, la peau devient moite et tiède, l'ictère se dissipe, ou, dans quelques cas, au contraire, devient très prononcé et comme critique; les urines coulent avec facilité; la langue s'humecte et se nettoie, mais elle peut rester rouge pendant longtemps et laisser suinter un peu de sang; les vomissements et les déjections changent de nature et finissent par se supprimer; la convalescence commence. »

Dans quelques cas, la *convalescence* est enrayée par des *parotides* ou par des *abcès* des membres, résultat probable des hémorrhagies dont j'ai parlé plus haut; mais, même lorsque ces symptômes ne se manifestent pas, il est remarquable que presque toujours la convalescence est lente et n'est nullement en proportion avec la durée de l'affection.

Cas légers. — La maladie, dans les cas légers, est remarquable à la fois par le peu de gravité et le petit nombre des symptômes. Les faits de ce genre sont si importants à connaître, et ils ont été si bien décrits par M. Louis (2), que je ne puis mieux faire que de laisser parler cet auteur : « Le plus ordinairement encore, il y avait, dit-il, au début, de la céphalalgie, des frissons suivis d'un peu de chaleur, quelques douleurs dans les membres, de la rougeur à la face et aux yeux. Mais les douleurs épigastriques étaient rares; il en était de même des vomissements, qui n'avaient presque jamais lieu d'une manière spontanée, et n'offraient, dans aucun cas, une teinte brunâtre. La chaleur et la soif étaient très médiocres, les forces si peu diminuées que les malades ne gardaient pas le lit, où pour très peu de temps, une demi-journée, ce qu'ils appelaient *passer la maladie en pied.* C'est dans ce degré de l'affection qu'ils purent tromper la vigilance des inspecteurs de santé, lorsqu'ils étaient prévenus à temps de leur arrivée, s'occupant alors, devant eux, de quelques travaux qui leur étaient familiers, ou jouant de quelques instruments. Plusieurs d'entre eux éprouvèrent à peine un mouvement fébrile de vingt-quatre ou trente-six heures, et furent exempts de toute maladie dans le cours de l'épidémie, bien qu'exposés à toutes les causes qui auraient pu développer la fièvre jaune. »

Et plus loin, M. Louis ajoute : « Ici encore, comme dans les cas dont il a été question plus haut, la durée de la convalescence n'était pas proportionnée à celle

(1) *Loc. cit.*, p. 22.
(2) *Loc. cit.*, p. 146.

de la maladie; la disproportion était même plus considérable que dans les cas graves. »

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est très variable : habituellement elle est continue; dans quelques circonstances, on l'a trouvée rémittente (1). Les médecins qui ont observé la fièvre jaune aux Antilles, l'ont vue prendre le caractère intermittent. MM. Rufz et Dutroulau (2) ont observé ce fait à une certaine époque de l'année : c'est de novembre à mai, époque où règnent les fièvres intermittentes; mais ces deux habiles observateurs n'ont trouvé rien de régulier dans le retour des accès. M. Pugnet a vu la fièvre jaune affecter le type double-tierce; c'est une observation qui lui est particulière.

On a distingué dans la maladie *trois périodes*, mais il est rare qu'elles soient bien marquées. La *première* est caractérisée par la céphalalgie, les douleurs des membres, de l'épigastre et du dos; les frissons, la chaleur et la coloration rouge des yeux et de la poitrine. La *deuxième* est beaucoup plus vague : elle est caractérisée par l'apparition de la jaunisse et le calme des symptômes précédents. La *troisième* a pour caractères l'ictère plus ou moins intense, les vomissements noirs, les selles noires, les diverses hémorrhagies, la suppression de l'urine.

On voit que, de ces périodes, la deuxième n'est qu'une transition sans caractères tranchés; aussi plusieurs auteurs, et notamment MM. Louis et Dutroulau, ne tiennent-ils compte que de deux périodes, la première et la troisième de celles que je viens d'indiquer. N'oublions pas aussi que, dans les cas légers et dans certains cas graves d'apparence légère, il n'y a rien qui ressemble à des périodes distinctes. Quelquefois, dans les épidémies de fièvre jaune, comme dans toutes les épidémies, on voit des cas dans lesquels les sujets sont enlevés en quelques heures : c'est la *fièvre jaune foudroyante*. Il est probable néanmoins qu'on a pris souvent pour des cas semblables ces cas latents dans lesquels les malades *meurent sur pied*, pour me servir de l'expression consacrée.

La *durée* de l'affection est assez variable : elle peut ne pas dépasser trois ou quatre jours, quelquefois moins, ou se prolonger au delà du vingtième jour, non compris la convalescence, qui, ainsi que je l'ai dit plus haut, est ordinairement longue.

La *terminaison* de la fièvre jaune est fréquemment funeste, mais la mortalité est très variable suivant les épidémies. Dans celle qu'a observée M. Dutroulau, elle a été d'environ 1 sur 5 ; il est rare qu'elle soit plus forte, et il est ordinaire de la voir notablement moindre. La mortalité, suivant la plupart des auteurs, est plus grande au commencement qu'à la fin des épidémies; cependant elle a été la même à toutes les époques, dans l'épidémie observée à Gibraltar par M. Louis. Elle est beaucoup moins considérable dans les cas sporadiques.

Les *rechutes* sont généralement peu fréquentes; toutefois il est des circonstances où elles deviennent moins rares. Dans les cas observés par M. Dutroulau,

(1) Dalmas, *Rech. sur la fièvre jaune*. Paris, 1805. — Bailly, *Typhus d'Amérique*. Paris, 1814. — Cailliot, *Traité de la fièvre jaune*. Paris, 1815. — Thomas, *Traité pratique de la fièvre jaune observée à la Nouvelle-Orléans*. Paris, 1849. — Dutroulau, *Mémoire sur la fièvre jaune*, dans *Memoires de l'Académie de médecine*, 1858, t. XXII, p. 335.

(2) *Épidémie de* 1838 à 1841 (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. VII, p. 1045).

elles ont été notées dix-sept fois, et étaient ordinairement plus graves que la première attaque.

La fièvre jaune n'attaque les sujets qu'une fois : *telle est la règle*. Il y a quelques *exceptions* : M. Dutroulau en cite quatre authentiques sur cinq cents cas. cette proportion est bien peu considérable, et l'immunité due à une première attaque n'en est pas moins remarquable. Il est fâcheux qu'on ne nous ait pas appris si les *récidives* sont aussi graves que la première atteinte.

§ V. — Lésions anatomiques.

[La coloration jaune des tissus est constante. Cette coloration est plus marquée sur la partie antérieure du tronc. Dans les points déclives, sur le dos et autour du cou existe une coloration violacée, brune, qui se montre même pendant la vie, dans les derniers moments, et qui tient à une stase du sang dans les capillaires du derme. Cette lésion est d'autant plus marquée que la mort a été plus rapide et que la respiration a été plus gênée. On a fréquemment observé des épanchements de sang dans le tissu cellulaire et dans les muscles. Quelquefois il y a de la gangrène de la peau au niveau du sacrum et du scrotum. Il existe dans quelques cas des foyers purulents et des parotides.

Dans le plus grand nombre de cas on trouve une quantité considérable de sérosité sanguinolente dans la cavité de l'arachnoïde, et exceptionnellement des épanchements de sang sous l'arachnoïde.

Les poumons sont souvent engoués ou présentent des pneumonies hypostatiques. On voit quelquefois sous la plèvre des taches pétéchiales. L'estomac contient, en général, un liquide dont la quantité peut s'élever jusqu'à un demi-litre. Ce liquide est noir ou brun et ressemble souvent à une infusion de café. Les lésions de l'estomac sont peu marquées et ne sont pas en rapport avec les symptômes : la muqueuse est généralement grise, on y voit quelquefois des plaques ecchymotiques. Dans l'intestin grêle, on trouve quelques arborisations.]

La lésion la plus remarquable est, sans contredit, l'altération de couleur du *foie*. M. Louis a trouvé cet organe de couleur café au lait clair, gomme-gutte, moutarde, orange, olive. M. Dutroulau a toujours rencontré la coloration morbide variant du jaune pâle au jaune safran, et, dans quelques cas, d'un gris clair. M. Rufz a fait les mêmes remarques. Déjà, dans d'autres épidémies, on avait signalé la couleur jaune du foie, mais non avec cette précision. Tout porte à croire que c'est là la lésion anatomique essentielle. Quelques médecins ont prétendu qu'elle n'est pas constante, mais ils n'ont pas donné, comme les auteurs précédents, l'analyse des faits. La cohésion du foie est aussi souvent augmentée que diminuée; rarement cet organe offre une augmentation de volume.

Les autres lésions ne sont pas constantes; cependant nous devons noter que M. Dutroulau a observé toujours, après la mort, la couleur jaune des téguments, alors même que cette couleur n'avait pas été appréciable pendant la vie.

Le sang est incontestablement altéré. Cette altération est visible pendant la vie. Le sang présente, dès le second jour, une couenne molle, grisâtre. Des plaques livides se montrent à la peau; le sang des hémorrhagies est noir, fluide, ne se coagule pas et ne rougit pas à l'air.

On voit que ces lésions ne nous éclairent que très imparfaitement sur la *nature* de la fièvre jaune, et que nous devons admettre, avec M. Louis, l'existence d'une cause très énergique, dont le seul effet constant est l'altération spéciale du foie.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Si le sujet, après un mouvement fébrile un peu marqué, présente la rougeur des yeux et de la peau, puis les douleurs épigastriques, les nausées, les vomissements, l'agitation, et enfin la couleur jaune de la peau, les vomissements noirs, les déjections noires, la suppression des urines, le diagnostic est certain. On ne pourrait, en effet, confondre une pareille affection qu'avec l'*ictère fébrile* et l'*hépatite aiguë*. Mais, dans ces maladies, la couleur jaune se produit presque dès le début, la fièvre est intense, les vomissements sont ordinairement bilieux, les selles décolorées, les urines d'un jaune rougeâtre et bilieuses. Ajoutez à cela la douleur dans la région hépatique et l'augmentation de volume du foie, et l'on voit qu'une erreur n'est pas à craindre.

Mais nous avons vu plus haut que, même dans des cas graves, les principaux symptômes peuvent manquer. Alors le diagnostic ne peut être porté d'une manière précise; on a seulement des présomptions plus ou moins fortes, tirées de l'existence d'une épidémie, du séjour du sujet dans un foyer d'infection, etc.

Les mêmes réflexions s'appliquent aux cas légers. Au début d'une épidémie, on doit presque infailliblement les méconnaître, et les seules circonstances dans lesquelles on puisse porter un diagnostic sont exprimées dans le passage suivant, que j'emprunte à M. Louis : « Si l'on venait à observer beaucoup de cas semblables à ceux dont il vient d'être question, en peu de temps, aux mois d'août et de septembre, et dans la latitude où règne la fièvre jaune; si les yeux étaient injectés dès le début, la figure rouge, la céphalalgie intense, l'épigastre un peu sensible à la pression, on devrait vivement soupçonner cette affection, encore qu'il n'y ait pas d'épidémie déclarée; et il n'y aurait pas de doute sur ce point, alors même que les symptômes se présenteraient dans le plus faible degré, s'ils venaient à se déclarer chez *tous les membres ou la plus grande partie des membres d'une même famille, au milieu d'une épidémie*, et dans un espace de temps peu considérable; car une affection qui a ces caractères n'atteint pas un aussi grand nombre de personnes d'une même famille en si peu de temps, hors le cas d'une épidémie de fièvre jaune. »

Pronostic. — D'après ce que j'ai dit plus haut, il faut être extrêmement réservé quand il s'agit de porter le pronostic de la fièvre jaune. Nous avons vu, en effet, que quelques sujets succombent après quelques jours d'un état qu'on peut considérer comme un simple malaise. On ne saurait donc, dans aucun cas, annoncer une guérison certaine; mais il est des symptômes qui rendent le pronostic très fâcheux. Ce sont : les vomissements noirs, les déjections noires, les hémorrhagies muqueuses ou interstitielles, la couleur jaune d'une grande partie du corps, la suppression des urines, une agitation extrême, un abattement profond. Lorsqu'on voit, après une vive agitation, survenir un calme notable, il ne faut pas se hâter de regarder les malades comme sauvés : il faut consulter tous les autres symptômes, et se rappeler cette amélioration apparente à laquelle, dans certains pays, on a donné le nom de *mieux de la mort*.

§ VII. — Traitement.

traitement de la fièvre jaune contient une multitude de moyens, tour à tour ı et proscrits, et dont il est bien difficile d'apprécier l'utilité. Un fait très quable, c'est que, dans l'épidémie de Gibraltar, la mortalité a été à peu près ne chez les militaires traités par les médecins anglais, et chez les hommes de :, traités tout différemment par les médecins espagnols. Si nous rapprochons ultat de la très grande diversité des opinions sur les effets des principaux s thérapeutiques, nous sommes porté à conclure que le traitement de la jaune est bien peu avancé, et que nous ne devons avoir qu'une confiance très e dans nos moyens d'action. Passons-les donc rapidement en revue.

issions sanguines. — Les uns veulent de grandes *saignées*, les autres des saimodérées; d'autres proscrivent toute émission sanguine. Que faut-il croire? ns-nous à dire que le plus grand nombre est en faveur de la saignée (Lind, nnier-Desperrières, P.-F. Thomas, etc.). Les *sangsues* et les *ventouses scane* sont mises en usage que pour combattre les symptômes locaux (céphalaloulcurs épigastriques).

vomitifs, les *purgatifs* sont d'un fréquent usage parmi les médecins espa Quelle est leur utilité au début de la maladie? C'est ce qu'on ne peut dire; :e que l'on sait bien, c'est qu'ils sont nuisibles après les premiers jours. Thomas (1) ne conseille que les simples laxatifs; encore ne les donne-t-il rsque l'estomac n'est pas trop affecté.

vésicatoires, les *moxas* sur l'épigastre, à la nuque, ont procuré quelquefois ılagement; mais leur effet est très borné, et ils ont l'inconvénient de donner des plaies qui peuvent se gangrener. On a proposé d'appliquer des vésica- pour provoquer l'apparition de la jaunisse; mais y a-t-il avantage à produire fet, et le vésicatoire peut-il le produire?

us sommes bien obligé de convenir que la médication par les *sudorifiques*, *s excitants généraux*, les *antispasmodiques*, les *acides*, les *rubéfiants*, les *nts de la peau*, ne nous offre pas plus de certitude. Je sais bien que beau- d'auteurs les ont vantés; je n'ignore pas que Pugnet leur attribuait une très le influence; mais ce qu'il faudrait pour nous convaincre, ce sont des preuves ntrant que la mortalité est diminuée par eux, et ces preuves nous manquent. nous suffise donc de dire qu'on donne, *à l'intérieur*, le vin, l'eau-de-vie, le ı, l'éther, le camphre, des acides minéraux; et, qu'*à l'extérieur*, on pratique rictions chaudes et sèches, alcooliques, irritantes; on promène des sinapismes s membres et le tronc, etc.

s *lotions*, les *affusions froides* ont été également mises en usage comme trai- nt général. M. Thomas a vu les vomissements calmés par la *glace* prise à rieur. Les *frictions*, les *embrocations huileuses*; les *frictions avec des tran- de citron*, sont des remèdes populaires, qui n'ont pas été suffisamment expé- ıtés par les médecins, et qui, selon toutes les apparences, n'ont pas une grande cité. Cependant M. Thomas en parle avec avantage. Il recommande aussi les tièdes.

Traité pratique de la fièvre jaune observée à la Nouvelle-Orléans, etc. Paris, 1849.

La suppression des urines, qu'on observe dans un certain nombre de cas, a donné l'idée d'administrer les *diurétiques;* mais presque tous les médecins disent avoir vu ce moyen échouer complétement.

Toniques. — Il est peu d'auteurs qui n'aient recommandé l'emploi des toniques, et en particulier du quinquina et du sulfate de quinine, mais ils les ont recommandés à des titres divers. Les uns, en effet, donnent le *quinquina* uniquement pour combattre l'atonie, et la commission de Barcelone a recommandé de le donner aussi tôt que possible, et à haute dose; les autres, et principalement les médecins qui ont pratiqué aux Antilles, ont eu pour but de combattre l'intermittence dans un certain nombre de cas. Pour cela ils donnent le *sulfate de quinine* par la bouche, à la dose de 20 centigrammes par heure, suivant M. Dutroulau, et la *décoction de quinquina en lavements* (décoction de 8 grammes d'écorce, à laquelle on peut ajoutor 50 ou 60 centigrammes de sulfate de quinine, Rufz). Par ce moyen, Souty, MM. Dutroulau et Rufz (1) ont obtenu maintes fois des guérisons rapides.

Je ne pousserai pas plus loin cette revue des moyens opposés à la fièvre jaune; je ne pourrais citer que des prétendus spécifiques ou des médicaments dont l'utilité n'est pas appuyée sur des preuves suffisantes. Il vaut mieux faire connaître le traitement qu'a proposé M. Louis, d'après une étude attentive des symptômes.

Traitement proposé par M. Louis. — 1° *Traitement dans les cas graves.* — Au début, *saignée générale* de 300 à 500 grammes, suivant l'intensité de la fièvre; ne la répéter que si cette intensité est extraordinaire, et cela seulement dans les premières vingt-quatre heures; plus tard, elle serait nuisible, selon toutes les apparences.

Boissons fraîches, acidulées, ou simplement adoucissantes. En donner deux ou trois litres par jour, à moins qu'elles n'excitent le vomissement.

Lavements émollients deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures; applications émollientes sur l'abdomen.

Dans les cas de vomissements fréquents et de douleurs épigastriques violentes, *sangsues* ou *ventouses scarifiées* à l'épigastre, si le mouvement fébrile reste intense; s'en abstenir dans le cas contraire.

Contre les vomissements noirs, *astringents* par la bouche et par l'anus, mais plus particulièrement de cette dernière manière (lavements astringents froids), à cause de l'état d'intégrité de l'intestin.

Préparations opiacées à dose modérée.

Dans la première période, *peut-être*, les bains froids et les affusions froides; dans la seconde, les bains chauds, les bains de vapeur.

2° *Traitement des cas légers.* — « Quant aux cas légers, dit M. Louis, dans lesquels le mouvement fébrile est médiocre, la céphalalgie peu intense, la chaleur un peu supérieure seulement à ce qu'elle est dans l'état normal, les boissons rafraîchissantes et des lavements émollients me paraissent les seuls moyens qu'il soit nécessaire d'employer, l'affection, sous cette forme, tendant naturellement à une terminaison heureuse. Je n'apporterai pas à l'appui de cette proposition les faits que j'ai recueillis; je dirai seulement qu'ayant donné des soins à deux personnes

(1) *Bulletin de l'Acad. de méd.* Paris, 1842, t. VII, p. 1015.

d'une constitution plus faible que forte, dans la force de l'âge, dont les symptômes fébriles furent légers et ne persistèrent pas au delà de trois jours, je n'employai que les moyens qui viennent d'être indiqués, à part un bain au début, dans un cas, et un peu d'huile de ricin dans l'autre, au commencement de la convalescence, pour vaincre la constipation.

» Bien, comme il a été dit plus haut, que la convalescence n'exige pas de soins particuliers, n'offre pas d'indications spéciales à remplir, je rappellerai que l'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac, ordinairement peu grave chez les sujets qui succombent, l'est bien moins encore, à en juger par les symptômes, chez ceux qui guérissent; que cette gastrite est secondaire; que j'en ai toujours vu les traces disparaître promptement : de manière qu'il ne faut pas tenir les malades à une diète sévère trop longtemps. On pourrait même, à l'exemple des médecins espagnols dont j'ai parlé, si la faiblesse se prolongeait ou était considérable dans la convalescence, sans symptômes gastriques, donner de légers toniques, une infusion de quinquina, ou une potion gommeuse avec 20 ou 25 centigrammes d'extrait sec de ce médicament. »

Ce traitement n'a pas besoin d'être résumé.

[*Prophylaxie.* — Si l'on admet que la fièvre jaune se développe par infection et par contagion, qu'elle se propage de proche en proche et qu'il suffise d'un seul malade pour infecter toute une ville, qu'un navire où des cas de ce genre ont eu lieu puisse introduire la maladie dans le port où il relâche, alors on comprendra toute l'importance des moyens hygiéniques et prophylactiques. C'est là que la médecine s'élève à la hauteur d'une grande institution sociale, parce qu'elle peut enseigner aux hommes à se préserver d'un fléau que les anciens, moins éclairés, regardaient comme providentiel. Tous les hommes qui ont, non pas disserté sur cette question, mais vu la fièvre jaune, s'accordent aujourd'hui à dire, comme M. Dutroulau, que, « sortir des foyers d'infection dès que l'épidémie apparaît, et habiter, pendant tout le temps qu'elle dure, les lieux où ne naissent pas spontanément et où ne se propagent pas habituellement ces foyers, telle est la formule de la préservation (1). » On a remarqué d'ailleurs que la fièvre jaune ne pénètre pas dans l'intérieur des terres, et qu'elle ne sévit que sur le littoral, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de fuir loin devant le fléau; les lieux élevés sont surtout à l'abri de cette affection. Nous n'avons pas à indiquer ici les mesures administratives, que le bon sens seul et la connaissance des localités peuvent inspirer aux médecins chargés d'éclairer sur ces graves questions leurs concitoyens.]

ARTICLE VII.

PESTE.

Quoique la peste ait existé dans la plus haute antiquité, il faut arriver au XVIIIe siècle pour avoir une histoire un peu satisfaisante de cette maladie. C'est, en effet, à l'occasion de l'épidémie de Marseille (1720) que les premières descriptions importantes ont été publiées (2). Je ne donnerai pas un résumé histo-

(1) *Mémoires de l'Académie impériale de médecine.* Paris, 1858, t. XXII, p. 335.

(2) Voy. Sénac, *Traité des causes, des accidents et de la cure de la peste.* Paris, 1744, in-4 — *Pièces historiques sur la peste de Marseille et d'une partie de la Provence en* 1720, 1721, 1722. Marseille, 1820, 2 vol. in-8.

rique des travaux que nous avons sur ce sujet important; je dirai seulement que les écrits publiés dans ces dernières années, et dont Prus a fait connaître les points capitaux dans son remarquable Rapport sur la peste (1), ont laissé bien loin tout ce qui avait été dit sur cette maladie. Ce sont ces travaux que je consulterai particulièrement.

§ I. — Définition, synonymie.

La peste est une maladie générale, fébrile, contagieuse, remarquable par les troubles nerveux, par l'état du sang, et ordinairement caractérisée à l'extérieur par des bubons, des charbons, des pétéchies. Je ne défendrai pas ici cette définition, qui se rapproche beaucoup de celle qu'a adoptée la commission académique (2). Son exactitude sera démontrée par la description qui va suivre.

Cette maladie a été généralement désignée sous les noms de *peste*, *pestis*, *pestilentia*; on lui a encore donné ceux de *typhus d'Orient*, *typhus d'Afrique*, *fièvre adéno-nerveuse*, etc.

§ II. — Causes.

Avant d'indiquer ce que divers auteurs ont avancé sur l'étiologie de la peste, je présenterai les conclusions suivantes du Rapport fait à l'Académie, travail que je me plais à citer, parce qu'il est le résumé des recherches les mieux faites, soumises à une saine critique:

« I. Dans l'état actuel des peuples et de leur civilisation, dit le Rapport (3), les *contrées où la peste naît* encore sont, en première ligne, l'Égypte, puis la Syrie et les deux Turquies.

» Il est cependant à craindre que la peste ne puisse également se développer sans importation dans les régences de Tripoli, de Tunis et dans l'empire de Maroc. Le même danger ne paraît plus à redouter pour l'Algérie.

« II. Dans ces pays, les conditions qui déterminent et favorisent le développement de la peste sont, autant que l'observation permet de le constater : l'*habitation sur des terrains d'alluvion* ou *sur des terrains marécageux*; un *air chaud et humide*; des *maisons basses, mal aérées, encombrées*; l'*accumulation d'une grande quantité de matières animales et végétales en putréfaction*; une *alimentation insuffisante et malsaine*; une grande *misère physique et morale*; la *négligence des lois de l'hygiène* publique et privée.

» III. La peste à l'état sporadique ne paraît pas susceptible de se transmettre.

» *La peste épidémique est transmissible*, soit dans les lieux où sévit l'épidémie, soit hors de ces lieux.

» IV. Elle se transmet à l'aide de miasmes qui s'échappent du corps des malades; ces miasmes, répandus dans des endroits clos et mal ventilés, peuvent créer des foyers d'*infection pestilentielle*.

» Aucune observation rigoureuse ne prouve la transmissibilité de la peste par le seul contact des malades.

(1) *Rapport à l'Académie royale de médecine sur la peste et les quarantaines*, fait au nom d'une commission, par le docteur Prus, accompagné de pièces et documents, et suivi de la discussion dans le sein de l'Académie. Paris, 1846, in-8.

(2) *Loc. cit.*, p. 11.

(3) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. XII, p. 141.

» De nouvelles expériences sont nécessaires pour démontrer que la peste est ou n'est pas transmissible par les hardes et vêtements des pestiférés.

» Il résulte d'observations faites dans les lazarets depuis plus d'un siècle, que les marchandises ne transmettent pas la peste. »

Telles sont les seules données étiologiques un peu certaines que nous possédions. Quand j'aurai ajouté que la peste sévit principalement sur les *nègres*, que les *émotions morales* (frayeur, tristesse, etc.) favorisent sa production, suivant la plupart des auteurs, qu'il en est de même des *grandes fatigues* et des *excès*, j'aurai fait connaître tout ce qu'il importe de savoir; car, sur l'influence de l'âge, du tempérament, etc., nous n'avons rien de positif.

§ III. — Incubation.

La durée de l'incubation de la peste paraît, au premier abord, peu importante; et cependant c'est à elle que se rattachent peut-être les plus grandes questions, ainsi que l'a démontré M. Aubert-Roche, dans plusieurs écrits qui ont été l'origine de discussions récentes, et qui ont conduit l'Académie à proposer de grandes mesures sanitaires et commerciales (1). Cet auteur a, en effet, démontré, par de nombreuses recherches dont la commission académique a reconnu l'exactitude, que, « en dehors des foyers épidémiques, la peste ne s'est jamais déclarée, chez les personnes compromises, plus de huit jours après un isolement parfait (2). Il en résulte que la durée de l'incubation, dans les circonstances indiquées, ne dépasse pas huit jours, ce que j'aurai à rappeler quand je m'occuperai de la *prophylaxie* de la peste.

§ IV. — Symptômes.

Quelque mérite que présentent les travaux des médecins qui ont pu observer la peste, nous devons reconnaître que toutes les recherches manquent de cette précision, de cette rigueur qu'on a apportées dans l'étude de la fièvre typhoïde et de la fièvre jaune. Aussi sommes-nous forcé de nous en tenir à une description générale un peu vague.

Début. — La peste débute de deux manières très différentes qui ont été parfaitement décrites par M. Gosse (3). Tantôt, en effet, l'affection commence par des accidents locaux, suivis plus ou moins promptement des symptômes généraux; tantôt elle se montre tout d'abord avec les caractères d'une affection générale.

Dans le premier cas, voici ce qu'on observe. On voit apparaître sur les diverses parties du corps, mais plus particulièrement sur les parties découvertes, *une* ou *plusieurs petites taches* semblables aux piqûres de puce, parfois cuisantes et brûlantes. Bientôt la tache s'agrandit, présente un diamètre de trois ou quatre lignes, devient violacée, se couvre de vésicules ou de phlyctènes. Sa base est dure. Plus tard, le centre de la tache noircit, et les parties qui l'environnent rougissent; elle

(1) Voy. *De la peste ou typhus d'Orient*. Paris, 1840.— *De la prophyl. génér. de la peste*. Paris, 1843. — *De la réforme des quarantaines*, etc. Paris, 1844. — *Annales d'hygiène*, 1845, t. XXXIII, p. 241.

(2) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. XI, p. 1188.

(3) *Relation de la peste qui a régné en Grèce en* 1827 *et* 1828. Paris, 1838.

s'accroît toujours jusqu'au diamètre de 3 ou 4 centimètres. Alors il survient *symptômes fébriles* qui peuvent être assez légers, et si l'eschare formée par la t se sépare et se détache, le malade ne tarde pas à guérir sans qu'il survienn bubons ou d'autres accidents. Les taches que je viens de décrire ont reçu le de *charbons*.

Dans un certain nombre de cas, la maladie ne se borne pas à ces symptôm survient, en effet, des *bubons* dont je donnerai plus loin une description détai et qui correspondent au point où se sont développées les taches, c'est-à-dire aines, si les charbons sont aux membres inférieurs et aux parties génitales; aisselles, s'ils occupent les bras, la poitrine, etc. Les symptômes généraux de nent alors plus violents, la fièvre est considérable, l'abattement marqué; mai les bubons suppurent franchement, la maladie peut encore se terminer, comn ferait une inflammation locale, avec une assez vive réaction. Si, au contraire bubons se développent lentement et tardent à suppurer, les symptômes géné deviennent de plus en plus intenses; et l'on observe alors l'état dans lequ trouvent les malades chez lesquels l'affection se déclare d'abord avec des ph mènes généraux notables : c'est la seconde forme de la maladie que je vais déc

Dans le second cas, les malades éprouvent tout d'abord un très grand ab ment, une *lassitude générale;* un grand nombre ont des *frissons* ou une sen lité marquée au froid; ils se plaignent d'une *céphalalgie* ordinairement fron parfois très aiguë, de *bourdonnements d'oreille*, de *vertiges*, d'*étourdisseme* Quand la maladie est intense, ils chancellent sur leurs jambes comme des hom ivres. Quelques-uns comparent cet état au mal de mer.

Il y a en même temps une *anxiété* ordinairement vive, de l'inquiétude, d tristesse, de la frayeur.

La *face* est abattue et anxieuse, les traits étirés. Les *yeux* sont rouges et haga

Du côté des *voies digestives* se remarquent les symptômes suivants : *lan* blanche, comme nacrée, ou bien d'un blanc jaunâtre; il y a *anorexie* compl *soif* plus ou moins vive; parfois des douleurs plus ou moins aiguës à l' gastre; plus souvent des vomissements bilieux ou non, et pénibles; dans quelq cas seulement, des douleurs de *ventre* et une diarrhée plus ou moins ab dante.

La *respiration* est ordinairement anxieuse et accélérée; la chaleur de la *peau* élevée, sèche, quelquefois âcre. Le *pouls* est généralement petit, faible, se toujours fréquent. Bulard (1) a noté que le *sang* obtenu par la saignée ne prés jamais de couenne.

Tous ces symptômes peuvent acquérir le plus haut degré d'intensité, et les r lades succomber sans qu'on voie apparaître les phénomènes locaux principaux, sont les charbons, les bubons et les pétéchies, et sans qu'on note autre chose des *douleurs* dans les lombes, les aines et les aisselles; mais il est plus ordinaire voir se produire les symptômes que je vais décrire.

Charbons.—Ils se développent ainsi que je l'ai indiqué plus haut; quelque ils forment des tumeurs considérables. On a voulu distinguer du charbon une au tumeur qu'on a appelée *anthrax pestilentiel ;* mais, d'après les meilleures d

(1) *Mémoire sur la peste*. Paris, 1839.

criptions, cette distinction est trop subtile. La lésion est la même ; seulement, dans certains cas, la mortification est plus complète et plus rapide que dans d'autres.

Bubons. — On voit aux aines, dans les aisselles, plus rarement dans les régions cervicale et parotidienne, et plus rarement encore dans le creux du jarret, se former des tumeurs plus ou moins bien arrondies, quelquefois bosselées, sur lesquelles la peau est d'un rouge plus ou moins vif, parfois violacé, parfois aussi sans changement de couleur. Le plus souvent ces tumeurs sont précédées et accompagnées de douleurs assez aiguës. Leur volume ordinaire est égal à celui d'un œuf de pigeon ; quelquefois il est beaucoup plus ou beaucoup moins considérable. Au bout d'un temps variable, ces bubons tendent à abcéder ; quelquefois cependant ils restent stationnaires. On les voit, dans quelques cas, se montrer et disparaître en très peu de temps, comme par délitescence. La suppuration est tantôt de bonne nature et tantôt sanieuse. M. Gosse a remarqué que, lorsqu'elle se produit lentement, la maladie tend à la guérison.

Pétéchies. —Les pétéchies sont presque toujours violettes ou noirâtres. Elles ont de 2 à 5 millimètres de diamètre, ne disparaissent pas sous la pression du doigt, et sont tantôt en nombre très limité, tantôt tellement nombreuses, qu'elles sont presque confluentes.

C'est lorsque les symptômes locaux se montrent que les *symptômes généraux* acquièrent ordinairement le plus haut degré de violence ; et, si la maladie tend à se terminer par la mort, on voit survenir un mouvement fébrile intense : accélération considérable du pouls, chaleur âcre et sèche, face animée, anxieuse ; yeux brillants ; ouïe difficile, rêvasseries, délire ; puis langue sèche, noirâtre, tremblante ; quelquefois diarrhée ; respiration gênée ; abattement profond, soubresauts des tendons, sueur visqueuse ; symptômes qui annoncent ordinairement une mort prochaine.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la peste est aiguë et parfois extrêmement rapide. Dans les grandes épidémies, on a vu des sujets succomber en un jour. En général, néanmoins, la maladie a une marche plus lente. Suivant Clot-Bey, les symptômes généraux du début pourraient exister seuls, et la maladie se terminer ainsi en un ou deux jours sans avoir donné lieu à des accidents graves. Samoïlowitz (1) avait déjà cité des faits de ce genre. Nous aurions, en pareil cas, quelque chose d'analogue à ce que nous avons noté dans la fièvre jaune ; mais il y a tant de causes d'erreur, et, dans les épidémies, on a une telle tendance à voir partout la maladie régnante, que de nouvelles recherches sont nécessaires sur ce point.

La *durée* de la maladie est de vingt-quatre heures à un ou deux septénaires : terme moyen, cinq ou six jours. La *terminaison* par la mort est la plus fréquente, surtout au plus fort des épidémies. Dans les cas de guérison, la convalescence est toujours longue, souvent pénible. Quelquefois l'intelligence reste très affaiblie ; on a vu des sujets être paralysés d'un ou de plusieurs membres, ou être privés d'un sens.

(1) *De la peste orientale*, etc. Paris, 1782.

§ VI. — Lésions anatomiques.

Je me borne à les indiquer. L'apparence extérieure ne présente rien de bien remarquable. On voit des taches violacées plus ou moins larges sur les parties déclives. On trouve assez souvent du sang épanché dans les diverses cavités séreuses ou dans le tissu cellulaire. Les pétéchies se retrouvent après la mort; parfois il y a de larges ecchymoses; on en a vu sur les organes internes.

Le sang reste liquide, sans séparation d'aucun caillot.

Rien dans les organes de la digestion qui mérite d'être noté. Le foie est assez souvent augmenté de volume et ramolli, ainsi que la rate.

Le système lymphatique présente des lésions, alors même qu'il n'y a pas eu, pendant la vie, de véritables bubons. Les ganglions sont çà et là un peu tuméfiés et un peu ramollis, de couleur rougeâtre, et parfois ils présentent quelques petits foyers de suppuration.

M. Aubert-Roche a trouvé quelquefois les ganglions nerveux semi-lunaires et thoraciques rouges et volumineux, ce qui, joint aux troubles nerveux observés au début de la maladie, lui a fait placer le siége de la maladie dans les ganglions du grand sympathique; mais cette manière de voir aurait besoin d'être appuyée sur des preuves plus convaincantes.

Les lésions que je viens d'énumérer, et, à plus forte raison, celles qui n'ont été observées que rarement par quelques auteurs, n'ont, on le voit, rien de caractéristique.

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

Tous les auteurs conviennent qu'il est inutile de tracer le diagnostic différentiel de la peste. Lorsque les principaux symptômes que je viens d'énumérer existent, on ne peut confondre cette maladie avec aucune autre. Ainsi, qu'une fièvre grave, sévissant chez un assez grand nombre de sujets à la fois, s'accompagne de charbons et de bubons : c'est la peste. Cependant on peut consulter, dans l'article que j'ai consacré à la fièvre typhoïde, lè diagnostic établi par Prus entre cette affection et celle dont il s'agit ici. Mais on a vu des médecins hésiter au commencement des épidémies, méconnaître la peste, ou au contraire prendre pour elle une autre maladie épidémique. Je crois que, avec les documents que nous avons aujourd'hui, une semblable erreur est peu à craindre. Quant aux cas très légers et sans symptômes locaux, dont j'ai parlé plus haut, ce n'est que dans le cours d'une épidémie dont la nature est bien reconnue, qu'on les voit apparaître et qu'on peut en établir le diagnostic.

Pronostic. — Je n'ai pas besoin de dire que, considéré d'une manière générale, le pronostic de la peste est des plus graves. La grande violence des symptômes généraux, la multiplicité des charbons et des bubons, l'ataxie, l'adynamie extrêmes, sont les signes les plus fâcheux.

§ VIII. — Traitement.

Que dire du traitement de la peste? Quel est le moyen, parmi tous ceux qu'on a préconisés, qui peut inspirer la confiance? Il est bien difficile de répondre à ces questions d'une manière satisfaisante. Nous trouvons partout des assertions, des

preuves nulle part. Aussi, en attendant que des recherches plus précises soient venues nous éclairer, devons-nous nous borner à une simple énumération des principales médications mises en usage.

1° *Traitement curatif.* — En général, on recommande les *émissions sanguines*, et principalement la saignée générale; mais, tandis que les uns veulent des saignées abondantes, les autres ne veulent que des saignées modérées. Ceux-ci sont en plus grand nombre.

Les *vomitifs* au début de l'affection, rarement les *purgatifs* seuls; l'*opium*, le *calomel* à l'intérieur et en frictions, le *phosphore*, ont été mis en usage, sans qu'on puisse avoir la moindre idée de leur action bonne ou mauvaise.

L'*eau froide* à l'extérieur et à l'intérieur, la *glace*, ont été également employées, mais sans que nous ayons de meilleurs renseignements à leur égard.

Le *sulfate de quinine*, le *quinquina* à faible ou à haute dose, ont été naturellement employés par les médecins qui voyaient la maladie se développer dans des lieux marécageux. Mais leur action, comme fébrifuges, a paru nulle; et comme toniques, on ne peut pas dire quel est leur degré d'efficacité.

M. Aubert-Roche a prescrit le *haschisch* (extrait de chanvre d'Égypte), et il est convaincu d'en avoir obtenu de bons effets dans sept cas graves. Cet essai ne paraît pas avoir été renouvelé; il mérite de l'être.

Les *bubons* doivent être traités de manière à favoriser la suppuration; il faut les ouvrir dès que la fluctuation est établie. Il faut se contenter de panser les *charbons* avec le vin aromatique et la poudre de quinquina ou le cérat saturné. Leur cautérisation est inutile.

Je n'en dis pas davantage, parce que, je le répète, je n'aurais, dans l'état actuel de la science, que des assertions vagues à répéter.

2° *Traitement prophylactique.* — L'*isolement* est le seul moyen préservatif efficace pour les individus. Relativement aux contrées où règne la peste, il est un bon nombre de mesures qui peuvent empêcher le fléau de se produire. C'est ce qu'ont démontré Pariset (1), M. Aubert-Roche, les membres de la commission académique et beaucoup d'autres observateurs.

L'Égypte, à l'époque où elle était le centre de la civilisation, était le pays le plus sain du monde; il faudrait, pour détruire le foyer d'infection qu'elle a dans son sein, dessécher les marais, mieux distribuer les eaux du Nil, rendre les habitations des fellahs plus saines, en un mot replacer ce pays dans ses premières conditions hygiéniques. Des mesures semblables sont applicables aux autres contrées où naît la peste. Quant à la question des quarantaines, c'est une question de commerce international et d'hygiène publique que je n'ai pas à traiter ici. On trouvera sur ce point les détails les plus intéressants dans le remarquable Rapport de Prus.

Le traitement que je viens d'indiquer d'une manière si générale n'a pas besoin d'être résumé.

(1) *Mémoire sur les causes de la peste et sur les moyens de la détruire.* Paris, 1837.

ARTICLE VIII.

CHOLÉRA-MORBUS ÉPIDÉMIQUE.

Cette maladie, qui existe endémiquement dans l'Inde, n'a été, on peut le dire, bien étudiée que depuis qu'elle a fait invasion en Europe. On n'a qu'à lire ce qui avait été publié avant l'épidémie qui a dévasté la France et l'Angleterre, pour s'assurer qu'en général rien n'était moins fondé que la plupart des opinions émises sur les symptômes, sur la marche, sur la nature de la maladie, et même sur son traitement. On a voulu, il est vrai, trouver, dans certaines descriptions faites par les auteurs qui ont pratiqué dans l'Inde, tout ce que l'on a découvert en Europe sur cette affection; mais on ne tarda pas à s'apercevoir que ces descriptions laissaient bien des choses à désirer, et qu'il fallait l'observation exacte et rigoureuse qui en a été faite dans les années 1832 et suivantes, pour arriver à la bien connaître.

C'est en 1831 que l'épidémie, après avoir ravagé une multitude de pays, a fait irruption en Europe. Si l'on en croit quelques observateurs, elle aurait apparu à Paris dès le 6 janvier 1832; mais ce n'est qu'à la fin du mois de mars que son existence dans cette ville a été manifeste. Il n'entre nullement dans mon plan d'indiquer la marche du choléra-morbus, depuis sa sortie de l'Inde jusqu'à son arrivée en France et à son invasion en Amérique, en Espagne et en Italie. Il suffit de dire que, quelles que soient les études qu'on ait faites à cet égard, on n'a pu trouver, dans cette marche capricieuse, rien qui pût nous éclairer sur la manière dont se propageait la maladie.

En 1849, une seconde épidémie, non moins meurtrière que la première, s'est déclarée à Paris. Comme la première, elle a débuté par quelques cas isolés, et le 9 mars, elle s'est manifestée d'une manière non équivoque, quoique avec une faible intensité; mais, vers la fin de mai, et surtout au commencement de juin, elle a acquis une grande violence. Je consignerai, dans le cours de cet article, les acquisitions importantes faites par la science dans cette seconde épidémie.

Une foule d'écrits ont été publiés sur le choléra-morbus épidémique, surtout en France, en Angleterre et aux États-Unis. Il serait impossible d'embrasser dans une simple description tous les détails de ces diverses publications; je me contenterai de présenter ici les résultats principaux de ces recherches, parmi lesquelles il faut particulièrement citer celles de : MM. Bouillaud (1), Gendrin (2), Magendie (3), Cruveilhier (4), J. Brown (5), Briquet et Mignot (6), etc., et de nombreux articles publiés dans les journaux, de 1832 à 1834 ou 1835, et en 1849, lors de la seconde épidémie.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le choléra-morbus épidémique ne peut être défini que par ses principaux sym-

(1) *Traité prat., théor. et statist. du choléra-morbus de Paris, appuyé sur un grand nombre d'observ. recueillies à l'hôpit. de la Pitié*. Paris, 1832, in-8.
(2) *Monogr. du choléra-morbus épidém. de Paris*. Paris, 1832, in-8.
(3) *Leçons sur le choléra-morbus*. Paris, 1832, in-8.
(4) *Anatom. pathol. du corps humain*, t. I, XIVe livraison avec planches coloriées.
(5) *Cyclopæd. of practic. medic.*, art. CHOLERA EPIDEMIC.
(6) *Traité prat. et analyt. du choléra-morbus* (épidémie de 1849). Paris, 1850.

ômes, qui sont : des vomissements plus ou moins abondants; des selles fréquentes, nt la matière est principalement constituée par un liquide plus ou moins clair ou sche, tenant en suspension des flocons muqueux; des crampes; la teinte viotée des téguments, le refroidissement et la suppression plus ou moins complète s urines. Les autres symptômes, qui seront décrits plus loin, peuvent manquer is que le choléra cesse d'être parfaitement caractérisé, et, par conséquent, il serait utile de les faire entrer dans cette définition.

C'est surtout à cette maladie qu'on a donné les noms de *choléra foudroyant*, *oléra algide*, *choladrée lymphatique* (1). C'est elle qu'on désigne particulièrement sous les noms de *choléra asiatique*, *choléra indien*, *choléra pestilentiel*, et e MM. Serres et Nonat (2) ont nommée *psorenterie* ou *psorentérite*, à cause du veloppement des follicules isolés, qui font paraître l'intestin couvert de boutons ironnés ou non, disent ces auteurs, de signes d'inflammation. Le nom de *choira-morbus épidémique*, ou celui de *choléra indien*, qui indique son origine, sont eux qui doivent être préférés.

Il n'est utile de rechercher quelle est la *fréquence* du choléra épidémique que ns les pays où cette affection est endémique. Mais les auteurs qui ont décrit les aladies de ces contrées n'ont pas suffisamment insisté sur ce point. Disons seulement qu'il n'est pas d'année où, dans l'Inde, on n'en observe un nombre plus u moins considérable de cas isolés, et que, depuis que les médecins anglais ont pris à distinguer cette maladie de toutes les autres, ils ont pu en observer des pidémies plus ou moins étendues. D'après une lettre de M. Scott, citée par le docteur Brown, la connaissance du choléra remonte à une haute antiquité dans l'Inde, t l'on trouve dans des ouvrages indiens des relations d'un assez grand nombre d'invasions épidémiques.

§ II. — Causes.

Des recherches très nombreuses et très attentives ont été faites dans le but d'éclairer l'étiologie du choléra. Il n'en est pas qui offrent plus d'intérêt que celles qui ont été entreprises par une commission nommée par le préfet de la Seine, et dont les résultats sont fondés sur une large statistique. Voyons ce que nous trouverons de plus positif dans ce qui a été dit à cet égard.

1° Causes prédisposantes.

Age. — On peut dire d'abord que le choléra a sévi sur *tous les âges ;* mais dans quelle proportion, suivant les principales époques de la vie? C'est ce qu'il importe de rechercher. D'après le relevé fait par la commission, et qui porte sur 18400 malades, l'âge qui a fourni la plus grande mortalité est la vieillesse : puis vient l'âge adulte, puis la première enfance, et enfin la seconde enfance. Si l'on examine le résultat des recherches faites par M. Gendrin, on trouve des résultats analogues; et si l'on admet, avec les auteurs, que les très jeunes enfants résistent beaucoup moins que les hommes aux atteintes du choléra, il en résulte que cette mortalité moindre suppose un nombre proportionnel d'enfants atteints

(1) Voy. Bally, *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XII, p. 153; t. XIV, p. 189.

(2) *Gazette méd. de Paris*, 1832, et *Mém. sur la psorenterie, ou choléra de Paris*, in-4.

bien moindre encore. Quant aux extrêmes de l'âge, on voit qu'à deux, trois et quatre mois, les enfants peuvent être affectés du choléra, mais très rarement, tandis que l'extrême vieillesse a été fortement atteinte, comme on peut en juger par les relations du choléra qui a sévi dans les hospices de vieillards (1).

Sexe. — C'est également d'après le chiffre proportionnel des décès qu'on a cherché à établir la fréquence relative dans les deux *sexes*, et l'on est arrivé à ce résultat que les deux sexes y ont été, à très peu près, également exposés.

Constitution. — Quant à la constitution, on n'a que des renseignements peu précis à cet égard, les relevés ayant porté sur des faits qui ne fournissaient pas tous les renseignements nécessaires. Cependant, si l'on considère que le choléra s'est montré plus grave chez les très jeunes enfants; que, dans la banlieue de Paris, le nombre des femmes qui ont succombé a été proportionnellement plus grand que celui des hommes; que l'âge le plus avancé a fourni le plus de victimes; on peut, par analogie, admettre qu'une constitution médiocre ou détériorée par des maladies antérieures, ce qui rapproche les individus de l'état de faiblesse commun aux trois conditions que je viens d'énumérer, doit aussi prédisposer à contracter la maladie. Je n'ai à ma disposition qu'un petit nombre d'observations prises au plus fort de l'épidémie, et dans lesquelles les constitutions fortes et les constitutions faibles ont été presque également atteintes par le choléra; mais ces renseignements sont trop insuffisants pour qu'il soit utile de leur accorder autre chose qu'une simple mention. Nous n'avons rien à dire de particulier sur le *tempérament*.

Professions. — La commission nommée par le préfet de la Seine a recherché avec soin l'influence des *professions*, et le résultat général qu'elle en a tiré, c'est que : les professions qui exposent ceux qui les exercent aux intempéries, aux privations de toute espèce, à un travail pénible et fatigant, ont eu, dans une proportion très considérable, une action marquée sur la production de la maladie (2).

Quant aux *professions* dites *insalubres*, l'enquête de la commission a été faite à cet égard avec beaucoup de soin, et il en est résulté que les idées théoriques qui faisaient regarder ces professions comme prédisposant les individus au choléra étaient entièrement fausses.

Relativement à l'*habitation*, nous trouvons d'abord comme résultat général, également signalé par la commission, que les parties basses et humides de Paris ont offert beaucoup plus de malades et de morts que les parties élevées, sèches et bien aérées.

Quant au *voisinage des canaux* et *des rivières*, il n'a eu d'autre effet apparent que d'augmenter la mortalité d'un chiffre presque insignifiant. Parmi le trop petit nombre d'observations très exactes que j'ai pu rassembler, les deux tiers des individus qui ont donné des renseignements sur leur habitation étaient, depuis un temps plus ou moins long, dans des *chambres froides*, *humides*, *mal aérées*, *mal éclairées*.

Climats. — L'influence des *climats* n'est évidemment pas douteuse, puisque le choléra est endémique dans l'Inde; mais lorsque l'épidémie a éclaté, que l'in-

(1) Voy. en particulier Rochoux, *Arch. gén. de méd.*, 1852, t. XXX, p. 332, 439.

(2) *Rapport sur la marche et les effets du choléra-morbus dans Paris et le département de la Seine*, par la Commission nommée par le gouvernement. Paris, 1834, in-4 avec cartes. — Bouvier, *Mémoire sur la mortalité comparée des quartiers de Paris dans l'épidémie de choléra de* 1849 (*Mém. de l'Acad. impér. de médecine*). Paris, 1853, t. XVII, p. 335).

fluence morbide a commencé à se faire sentir hors des lieux où elle avait pris naissance, cette influence des climats semble avoir disparu. Le choléra, en effet, n'a pas sévi avec moins de violence en Russie, en Angleterre et en France, que dans les contrées asiatiques, en Italie et en Espagne. Il semblait alors qu'il y avait une force d'impulsion qui poussait l'influence morbide avec la même violence dans les sens les plus opposés.

Température, saisons.—Les mêmes réflexions s'appliquent à l'influence des *saisons*. Dans l'Inde, cette influence se fait visiblement sentir; car les auteurs anglais qui ont observé le choléra dans ce pays ont remarqué qu'il sévissait principalement aux époques de l'année où des *nuits très froides* succèdent à des *journées très chaudes;* mais en Pologne, en Angleterre et surtout à Paris, on n'a pu découvrir aucun rapport entre la violence du choléra et la constitution saisonnière. Dans la dernière épidémie seulement, nous avons vu la maladie coïncider d'une manière bien remarquable avec la grande élévation de la température.

Quant à la *composition de l'air atmosphérique*, c'est vainement qu'on a cherché à y trouver l'explication de l'apparition de la maladie et des nombreuses recrudescences qu'elle a eues dans les divers pays.

M. le docteur Hervieux (1) a fait remarquer la moins grande intensité du choléra sur des plateaux bien aérés, et sa violence dans les lieux bas. En général, cette remarque, déjà faite par d'autres médecins, est confirmée par les faits; mais il y a des exceptions bien frappantes. Je ne citerai que l'immunité dont a joui la ville de Lyon.

[*Sol.* — On a noté aussi l'influence de la *constitution géologique du sol.* Ainsi le choléra n'exercerait ses ravages que sur les *terrains secondaires* et *tertiaires*, sur les terrains formés de *dépôts marins* ou *lacustres* et sur ceux d'*alluvions;* il respecterait, au contraire, les *terrains primitifs* ou granitiques. C'est à cette condition géologique que l'on devrait attribuer l'immunité de Lyon et de Versailles, dans les trois grandes épidémies cholériques, celle d'une partie de la Bretagne, et enfin celle d'un faubourg de Vienne, en Autriche.]

Misère, privations.—Nous avons vu plus haut que le choléra avait sévi principalement sur la classe indigente et sur les ouvriers exposés aux intempéries de l'air; ce fait nous porte déjà à penser que la misère, le défaut de vêtements, les privations de tout genre, ont placé les sujets dans les conditions les plus favorables au développement de la maladie. Sur dix-sept malades sur lesquels on a pris des renseignements exacts et dont j'ai les observations sous les yeux, sept avaient subi, durant l'hiver précédent, de très grandes privations : ainsi tout porte à croire qu'une *nourriture* de mauvaise qualité, insuffisante, le *défaut de vêtements* et d'un abri convenable contre le froid, ont été les causes prédisposantes les plus efficaces.

Une conséquence naturelle de ces conditions fâcheuses, c'est un *moral* plus ou moins profondément affecté; aussi n'a-t-on pas hésité à ranger parmi les causes prédisposantes les chagrins violents et prolongés, les préoccupations de toute espèce; mais à ce sujet on n'a pas fait de recherches suffisantes, et nous verrons plus loin quel a été l'effet des affections morales très vives comme cause occasionnelle.

L'*encombrement*, surtout dans des lieux mal aérés, est regardé aussi comme une cause prédisposante efficace du choléra-morbus épidémique. A l'appui de cette

(1) *Union médicale*, 7 juillet 1849.

opinion, on peut citer ce qui a été observé par la commission dans les casernes. On a vu, en effet, que, dans le département de la Seine, la mortalité a été beaucoup plus grande chez les militaires que dans la population civile. Ces recherches avaient été faites pour s'assurer si l'état militaire pouvait être regardé comme une cause prédisposante; mais tout porte à croire que la mauvaise habitation, dont nous avons déjà reconnu l'influence, doit seule être accusée de cette plus grande violence du choléra chez les soldats.

Excès. — L'habitude des *excès*, et surtout des *excès alcooliques*, doit-elle être regardée comme une cause prédisposante? Nous n'avons guère pour nous éclairer à ce sujet qu'un rapport fait à la Société de tempérance de New-York (1), rapport suivant lequel l'*habitude de l'ivrognerie* aurait eu l'influence la plus grande. Mais n'oublions pas que ce rapport a été fait par une société de tempérance, que, par conséquent, il a dû y avoir tendance à exagérer les faits; et, d'un autre côté, remarquons qu'on n'a pas préalablement constaté, et que, sans doute même, on n'a pas pu constater le chiffre proportionnel de ceux qui se livrent à l'ivrognerie : renseignement essentiel, puisqu'il s'agit d'une question de proportion.

En 1849, beaucoup de malades, entrés dans les hôpitaux pour d'autres affections, ont été atteints du choléra dans les salles. Je dirai un mot plus loin des conséquences qu'on a voulu tirer de ce fait relativement à la contagion; je me borne à indiquer ici le résultat des recherches de MM. Briquet et Mignot (2), relativement aux maladies étrangères dont ces sujets étaient atteints. Le choléra, disent MM. Briquet et Mignot, a attaqué la *totalité des érysipèles*, les *deux tiers des pneumonies*, les *quatre cinquièmes des cancéreux*, le *tiers des phthisiques*, le *quart des fièvres typhoïdes*, le *cinquième des métrites et des ovarites*, le *septième des malades atteints de phlegmasie gastro-intestinale*, le *huitième des bronchites*, et le *neuvième des hystéries*. La seule circonstance bien digne de remarque est la faible proportion des maladies gastro-intestinales.

En résumé donc : le grand âge, une mauvaise habitation, des privations de toute espèce, et peut-être l'*état moral* qui en est la suite, sont les seules causes prédisposantes dont il soit permis de regarder l'existence comme assez bien constatée.

2° Causes occasionnelles.

Relativement aux causes occasionnelles, nous n'avons plus que des données très incertaines.

On a cité les changements brusques de température, le *froid subit* appliqué à la surface du corps; mais on ne trouve nulle part de résumé de faits qui mette l'existence de ces causes hors de doute.

Excès. — Nous avons considéré l'habitude des excès comme cause prédisposante; si maintenant nous examinons ces *excès eux-mêmes* comme cause occasionnelle, voici les données intéressantes que nous trouvons dans le rapport de la commission. Il a été constaté que le nombre des malades reçus dans les hôpitaux était beaucoup plus considérable les mardi et mercredi de chaque semaine que les autres jours, et que le nombre des admissions allait en diminuant à mesure qu'on s'éloi-

(1) Cité dans la *Lancette française*, 1832.
(2) *Loc. cit.*

gnait de ces deux jours les plus chargés. Or, si l'on songe que le dimanche et le lundi sont des jours consacrés à des excès de tout genre par la classe admise dans les hôpitaux, on ne peut guère douter que ce ne soit là la cause de cette augmentation dans le nombre des entrées; et, d'un autre côté, si l'on se rappelle que c'est aux excès de vin qu'on se livre principalement, c'est à ce genre d'excès qu'il faudra surtout rapporter l'invasion de la maladie. Le relevé de quelques observations particulières n'aurait aucun intérêt à côté des chiffres considérables apportés par la commission.

Maintenant faut-il voir dans la *nature des aliments* ingérés, dans l'usage de substances indigestes, comme le lard, les viandes passées ou faisandées, les choux, etc.; ou bien dans l'emploi des fruits verts ou des fruits qu'on appelle froids, comme les melons, etc., des causes occasionnelles évidentes du choléra? Il est impossible de se prononcer formellement à ce sujet, sous le point de vue scientifique; cependant rien ne paraît plus possible que l'influence pernicieuse de ces substances dans la production d'une maladie dont les symptômes locaux se montrent principalement dans le tube digestif; aussi la prudence exige-t-elle que, pendant les épidémies, on recommande aux populations d'être extrêmement sobres dans l'emploi de ces substances. Les mêmes réflexions s'appliquent à l'abus des *boissons froides et aigres*, aux *excès vénériens*, aux causes de toute espèce qui débilitent l'économie, etc.

J'ai dit un mot des *affections morales* longtemps prolongées, qui peuvent placer les sujets dans des conditions fâcheuses, au milieu d'une épidémie de choléra; mais il reste à savoir si ces affections morales peuvent agir comme causes occasionnelles. Et d'abord la *peur* a-t-elle ce funeste effet? Je pense qu'il faut distinguer ici la peur du fléau lui-même, et la peur d'autres accidents qui lui sont étrangers. Relativement à cette dernière, la commission dont j'ai plusieurs fois cité le rapport a fait remarquer qu'au mois de juin 1832, l'émeute qui avait porté l'effroi dans la population, et surtout dans le quartier Saint-Merry, n'eut aucune influence sur la marche du choléra, ou plutôt qu'il y eut une diminution sensible dans le nombre des décès. Si l'on voulait donc tirer une conséquence de ce fait, on devrait admettre que la diversion produite par l'émeute a été plutôt favorable que nuisible. Reste maintenant à savoir si *la crainte du fléau lui-même* n'a pas un effet désastreux. L'opinion générale est qu'il en est réellement ainsi; mais on sent combien les recherches sur ce point sont difficiles. Aussi n'avons-nous rien de positif à cet égard.

Contagion. — Pour compléter ce que j'avais à dire sur les causes du choléra, il me reste à parler de la *contagion*, qui a été admise par quelques médecins. M. Moreau de Jonnès (1) a principalement insisté sur l'existence de cette cause, et récemment MM. Briquet et Mignot ont cherché à la démontrer par l'analyse des faits soumis à leur observation; mais on sera peu porté à admettre cette manière de voir, si l'on réfléchit à l'extrême violence de la maladie lorsqu'elle s'est répandue en Europe, et si l'on songe qu'en 1832, tous les sujets se trouvaient dans le plus grand degré d'aptitude possible à la contracter, en la supposant contagieuse, puisque tous les Européens se trouvaient pour ainsi dire *neufs* pour cette affection inconnue jusqu'alors. N'est-il pas évident, en effet, que ceux qui approchaient

(1) *Rapport sur le choléra-morbus*, et *Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. XIV, 739, 823 et suiv.

journellement des malades auraient dû, dans de telles circonstances, succomber presque tous? Or c'est ce qui n'a pas eu lieu, et l'on a remarqué principalement que les médecins n'avaient pas succombé en plus grand nombre que les autres individus pris dans la même classe de la société. Cette raison est tellement puissante, que je ne crois pas devoir insister beaucoup sur un fait qui me semble parfaitement jugé. Les faits cités par MM. Briquet et Mignot se rencontrent toujours dans les grandes épidémies, que la maladie soit contagieuse ou non, et d'ailleurs ces faits sont par eux-mêmes beaucoup moins probants qu'ils ne l'ont paru à ces auteurs.

Au reste, rappelons que tous les essais qui ont été faits pour inoculer le choléra, soit avec le sang, soit avec la sueur, soit avec toute autre humeur, ont été complétement infructueux, et ajoutons que le docteur J. Annesley (1) a remarqué, comme nous, que dans l'Inde les personnes qui approchent les malades ne sont pas plus fréquemment atteintes que les autres.

§ III. — Symptômes.

Pour la description des symptômes du choléra-morbus épidémique, on a adopté diverses divisions. C'est ainsi que M. Dalmas (2) a décrit deux périodes, dont l'une comprend l'état *algide* et l'autre l'état de *réaction*. M. J. Brown admet trois périodes, qui sont celles du *début* et les deux qui viennent d'être indiquées; mais c'est M. Gendrin qui en a établi le plus grand nombre. Pour lui, il y a une première période, ou d'*invasion*, dite *phlegmorrhagique*, parce qu'il existe alors des évacuations séreuses par la bouche et par l'anus; une seconde, qu'il appelle période d'*état :* c'est celle que les autres auteurs ont appelée *cyanique*, à cause de la coloration bleue des téguments; la troisième est désignée par M. Gendrin sous le nom de période d'*extinction* ou *asphyxique ;* la quatrième est la période de *réaction*, et enfin la cinquième serait caractérisée par des *crises* et des *métastases* qui jugeraient la maladie.

Cette division me paraît devoir être rejetée. La période dite *phlegmorrhagique* n'est nullement tranchée, puisqu'elle peut se continuer et qu'elle se continue, en effet, presque toujours pendant la période suivante. La troisième n'est évidemment qu'une continuation de la seconde; et, quant à la *période critique*, nous verrons non-seulement qu'on a beaucoup exagéré l'importance des phénomènes considérés comme constituant les crises, mais encore qu'il n'est nullement démontré que ces phénomènes aient quelque chose de critique.

Les auteurs du *Compendium* n'ont admis que quatre périodes, dont la première serait caractérisée par les *prodromes nerveux et intestinaux*. Il nous paraît suffisant d'admettre trois périodes avec le docteur Brown, et de décrire successivement le *début*, l'*état cyanique* et la *réaction*.

1° *Début*. — Comme je viens de le dire, on a avancé que fréquemment de véritables prodromes nerveux annonçaient l'invasion du choléra. Cette opinion n'a pas été émise pour la première fois dans les épidémies dont nous avons été témoins. Déjà le docteur Annesley (3) avait insisté sur les prodromes du choléra, et il avait men-

(1) *Treat. on the epidem. cholera of India*, 1820.
(2) *Dictionnaire de médecine*, t. VII, art. CHOLÉRA.
(3) *Researches into the causes, etc., of the diseases of India*. London, 1828, 2 vol. in-4.

tionné les phénomènes nerveux ; mais voici ce que je trouve en examinant quatre-vingt-quatorze faits pris avec grand soin dans le service de M. Louis, et où l'on a fait toutes les recherches possibles sur le début de la maladie. Les prodromes nerveux ne se sont montrés seuls que dans un petit nombre de cas (sept, ou un peu moins du douzième). Si l'on y joint quelques cas dans lesquels il y avait en même temps de l'anorexie et des nausées, le nombre s'élève à dix seulement, ou un neuvième environ. Les prodromes nerveux, considérés de cette manière, n'ont pas, comme on le voit, l'importance qu'on a voulu leur donner.

Il n'en est pas de même des symptômes intestinaux : ils se sont, en effet, montrés dans un assez grand nombre de cas, puisque trente-deux sujets les ont présentés plusieurs jours avant le moment où les vomissements abondants, les selles séreuses, les crampes, etc., ont annoncé une invasion violente du choléra ; mais on se demande si, même dans ces cas, les symptômes que je viens d'indiquer doivent être regardés comme précurseurs. Est-ce déjà une invasion des symptômes cholériques eux-mêmes à un faible degré d'intensité, ou bien une diarrhée ordinaire précédant le choléra, sans en faire partie ? On ne peut s'empêcher d'admettre que ces symptômes appartiennent à la maladie elle-même, lorsqu'ils s'accompagnent d'autres symptômes caractéristiques du choléra, tels que les crampes, les vomissements, les nausées, etc., ou lorsque ces derniers surviennent très peu de temps après. On a vu assez souvent, surtout à une époque peu éloignée du début de l'épidémie, une diarrhée médiocrement abondante, un certain degré d'anorexie, de faiblesse, persister pendant un temps qui varie de deux à dix, douze et même quinze jours avant que les symptômes violents du choléra se soient manifestés. C'est là, comme je l'ai dit, l'état auquel on a donné le nom de *cholérine*, état que, dans quelques cas, on a vu se dissiper spontanément, et que des moyens fort simples ont arrêté dans d'autres.

[Les médecins anglais ont beaucoup insisté, dans ces derniers temps, sur cette *diarrhée*, qu'ils nomment *prémonitoire*, et à laquelle il faut véritablement donner de l'importance ; car il est évident qu'elle est très commune, qu'elle est presque inévitablement suivie des symptômes du choléra confirmé, qu'elle dure assez longtemps pour donner au médecin le temps d'intervenir, et enfin que, quand on l'a enrayée, on a, par le fait même, enrayé la maladie et prévenu toutes ses conséquences graves.]

Il est un très petit nombre de cas dans lesquels des symptômes, que l'on peut regarder comme des prodromes, ont eu quelque chose de spécial : c'est ainsi que, sur cinq sujets, je vois soit un *simple malaise*, soit un état de *courbature* marquée, précéder d'un ou de plusieurs jours le choléra, sans présenter aucun caractère particulier. Chez deux, la courbature existait en l'absence de tout autre symptôme ; chez un autre, il y avait en même temps un peu de céphalalgie ; chez un autre encore de l'anorexie, et chez un dernier, il n'existait qu'un malaise indéfinissable. Dans deux autres cas, il y eut ceci de remarquable, que l'anorexie exista seule, sans autre chose de notable.

J'ai cru devoir indiquer ces particularités, parce qu'elles paraissent avoir échappé aux auteurs, ou plutôt s'être confondues dans leurs descriptions avec les autres phénomènes indiqués plus haut, et aussi parce qu'elles prouvent que, dans une épidémie comme le choléra, le moindre signe d'indisposition doit exciter la sollicitude du médecin. Il est d'autant plus nécessaire d'avoir cette réflexion présente à

l'esprit, que si le plus grand nombre des sujets s'est vu forcé par ces phénomènes, qu'on a regardés comme précurseurs, à abandonner ses travaux journaliers, il en est quelques-uns qui, malgré l'apparition de la diarrhée et des coliques, n'ont pas suspendu leurs occupations habituelles, et quelquefois même ont conservé assez d'appétit pour ne pas suspendre leur alimentation, quoique la diarrhée augmentât presque toujours d'une manière notable après les repas.

M. le docteur Gossement (1) a remarqué que ceux qui allaient être atteints du choléra avaient la *cornée terne*, *opaque*, *couleur de parchemin*. C'est pour lui un *signe précurseur* précieux qui lui a permis de prévenir le mal. Cette remarque mérite d'être vérifiée.

Soit que ces symptômes aient existé, soit qu'ils aient manqué, ce qui a lieu dans la majorité des cas que j'ai analysés, le *début* évident de l'affection se présente avec des caractères assez uniformes. Presque toujours, en effet, c'est la *diarrhée*, accompagnée ou non de *coliques*, qui ouvre la scène. C'est ce qui a eu lieu, en effet, dans quatre-vingt-sept cas sur quatre-vingt-quatorze; encore faut-il ajouter que, dans plusieurs des autres, la diarrhée n'a pas tardé à survenir. Si elle existait déjà, elle devenait promptement beaucoup plus abondante, et annonçait une grande aggravation de la maladie. Il n'est pas rare de voir cette diarrhée survenir *sans coliques;* celles-ci ne se sont, en effet, montrées au début que dans trente-trois cas, et encore n'ont-elles été, en général, que médiocrement fortes. Des borborygmes, dans un petit nombre de cas, un peu de céphalalgie chez quelques sujets (onze), des bourdonnements d'oreille ou des étourdissements, une certaine faiblesse qui, dans quelques cas seulement, est portée à un haut degré, des crampes rarement violentes, et ayant principalement leur siége dans les pieds et dans les mollets, un affaiblissement plus ou moins marqué de la voix dans un nombre limité de cas (quinze pour les crampes, neuf pour l'affaiblissement de la voix), et parfois enfin des frissons (huit fois), complètent, avec les vomissements, dont il va être question, le tableau de ce début.

Quant aux *vomissements*, il est nécessaire d'en dire un mot à part. Dans un certain nombre de cas (vingt-trois), ils se montrent en même temps que la diarrhée, et alors ils constituent un des symptômes les plus importants du début; mais plus souvent ils surviennent un temps plus ou moins long (de quelques heures à un ou plusieurs jours) après les phénomènes qui viennent d'être indiqués. Quelquefois on observe, dès le début, quelques nausées suivies de vomissements au bout d'une ou plusieurs heures.

Il n'est pas fréquent de voir la maladie débuter d'une manière *brusque*, c'est-à-dire s'annoncer tout à coup par l'ensemble des symptômes qui viennent d'être énumérés; mais on voit souvent ces symptômes se succéder avec une grande rapidité, de telle sorte qu'au bout de quelques heures la maladie est portée au plus haut point d'intensité: c'est ce que l'on a observé ordinairement dans les premiers temps des épidémies dont nous avons l'histoire, et cependant, en 1849, les choses ne se sont pas passées ainsi, car c'est vers le milieu de l'épidémie que se sont montrés ces cas rapidement graves. Parfois on a vu des individus être pris tout à coup, avec ou sans malaise précurseur, de vomissements abondants, de diarrhée presque incessante,

(1) *Journ. des connaissances méd.-chir.*, janvier 1848.

rampes, de refroidissement, et succomber en une ou deux heures. C'est là ce n peut appeler un *choléra foudroyant;* mais, je le répète, les cas de ce genre fort rares.

Symptômes. — Pour la description des symptômes, il est absolument nécesde diviser la maladie en *période algide* et *période de réaction.*

ériode algide. — La *diarrhée*, que nous avons signalée au début, persiste que toujours dans cette période. Il est très rare, en effet, que si, par des moyens opriés, on est parvenu à l'arrêter complétement, il ne s'ensuive pas une prompte ioration dans les symptômes; cependant la chose n'est pas impossible, car sur -cinq cas où l'état des selles a été noté avec soin, je trouve que deux fois la hée séro-muqueuse, très abondante au début, a été complétement supprimée la période algide, sans que pour cela les symptômes aient cessé de faire des rès, et que la mort ait pu être prévenue.

a commencement de cette période, les selles sont ordinairement très fréquentes, nt si l'on n'a rien fait pour en diminuer la quantité. Les malades ont de dix à ze, vingt selles, et même un plus grand nombre dans les vingt-quatre heures. elles sont composées d'un liquide aqueux, présentant parfois une légère teinte e et l'odeur des matières fécales, plus souvent blanchâtres, grisâtres, ayant un ct louche, comme l'eau dans laquelle on a fait bouillir assez longtemps une assez de quantité de riz, et alors elles ont perdu complétement ou presque complént l'odeur fécale. Au commencement de cette période, il est très rare que les s soient involontaires.

une époque un peu plus avancée, les selles ont plus rarement une aussi grande uence, ce qui tient, sans aucun doute, à l'effet des moyens employés; parfois ne on voit apparaître de nouveau quelques matières fécales, ce qui est toutefois rare, car cela n'a été noté qu'une fois dans les observations que j'ai rassems. Parfois aussi on voit les selles, d'abord supprimées, reparaître de nouveau : l'aspect caractéristique que j'ai indiqué.

nfin, au déclin de cette période, les choses se passent différemment, suivant les Chez un assez grand nombre de sujets, et surtout chez ceux qui doivent guérir qui marchent vers la période de réaction, les selles deviennent rares, prennent de consistance, présentent l'odeur fécale ou se suppriment. Chez d'autres, au raire, elles augmentent de fréquence au point de devenir presque continuelles ême *involontaires.* Ce dernier symptôme, qui a été noté trois fois, survient que toujours chez des sujets qui doivent succomber.

u milieu et à la fin de cette période, le liquide rendu par les selles ne change sensiblement de nature; mais c'est surtout alors qu'on voit nager dans ce ide de petits *flocons muqueux* dont quelques-uns ont l'aspect du riz bien cuit et ou moins écrasé, circonstance qui a été notée avec soin par tous les auteurs. s un petit nombre de cas même, on voit du mucus amassé en plus ou moins de quantité au fond du vase vers lequel les flocons se précipitent. Dans un des que j'ai sous les yeux, les matières rendues par les selles avaient une *couleur de vin* très prononcée, apparence qui a été également notée par quelques aus, et que nous retrouverons lorsque nous aurons à faire la description du ide contenu dans l'intestin après la mort.

n a, dans la dernière épidémie, beaucoup parlé de *corpuscules particuliers*

trouvés dans les déjections des cholériques. La commission du choléra, nommée par le Collége médical de Londres, a fait voir combien ces corpuscules ont peu d'importance, en en constatant la présence dans plusieurs autres maladies toutes différentes.

M. Pouchet a trouvé dans les selles des cholériques le *Vibrio rugula*, animal microscopique que Leeuwenhoeck avait déjà signalé dans les déjections alvines des sujets affectés de dysenterie.

M. Andral (1), ayant examiné les déjections et le sang des cholériques, a observé ce qui suit :

« 1° La matière blanche qui remplit l'intestin des cholériques n'est point une partie même du sang, ainsi qu'on l'a souvent répété : on n'y trouve ni albumine, ni fibrine; 2° cette matière n'est autre chose que du mucus, sécrété tout à coup en très grande quantité, et modifié par cela même dans ses qualités ; 3° le caractère microscopique essentiel de cette matière, c'est l'existence dans son sein d'un nombre très considérable de globules à noyaux, parfaitement semblables, quant à leur aspect, aux globules que l'on trouve dans le pus, bien que cette matière, sous aucun rapport, ne ressemble au pus ; 4° l'examen du sang des cholériques montre que l'albumine du sérum s'y maintient dans sa proportion normale ; 5° la théorie qui rapporte les symptômes de la période de cyanose du choléra à un changement que le sang aurait éprouvé dans sa composition, par suite d'une grande et subite déperdition de son sérum, ne saurait être admise. »

M. Becquerel (2) est arrivé à des résultats bien différents; car, des expériences qu'il a faites à ce sujet, il a pu tirer les conclusions suivantes :

« L'analyse des vomissements permet de les considérer comme constitués par du sérum du sang étendu d'une quantité d'eau variable, en général très considérable. Au milieu de ce sérum étendu nage de l'albumine coagulée, dont les fragments ténus sont unis et agglomérés par une petite quantité de mucus. »

L'auteur signale encore comme faits importants de ses analyses :

« 1° L'albumine en dissolution.

» 2° L'albumine coagulée qui donne aux matières des vomissements des cholériques l'apparence d'eau de riz.

» 3° L'abondance plus grande de ces deux albumines à une époque plus rapprochée du début.

» 4° La présence d'une quantité notable de chlorure de sodium; quantité qu'on trouve presque triple de ce qu'elle est dans le sang, si l'on fait pour un instant abstraction de l'eau, et si l'on n'envisage le chlorure de sodium que relativement aux parties solides des vomissements.

» 5° Enfin, l'acidité des vomissements. »

Le tableau relatif aux évacuations alvines contient quatre analyses, et les conclusions présentent une grande analogie avec celles qui sont relatives aux vomissements.

« C'est une eau légèrement albumineuse, contenant, outre l'albumine en disso-

(1) *Nature du liquide sécrété par la memb. muq. des intest. dans le choléra*, note lue à l'Acad. des sciences, août 1847. — Comparez *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1849, t. XIV, p. 666, 674.

(2) *Notes sur quelques analyses du sang, des vomissements, etc.* (Compte rendu des séances de la Soc. méd. des hôpit., *Union médicale*, 6 septembre 1849).

lution, une quantité variable d'albumine coagulée, unie à une très petite quantité de mucus.

» Cette eau albumineuse est, en général, neutre ou légèrement alcaline, et contient également une quantité relativement assez considérable de chlorure de sodium. »

Il ne m'appartient pas de me prononcer entre ces résultats contradictoires ; c'est aux expériences ultérieures à nous éclairer.

Lorsque les selles sont très fréquentes, le besoin de les rendre est si impérieux, que les malades ne peuvent pas attendre un instant, et les rendent dans leur lit, sans que pour cela elles soient involontaires. Parfois aussi il suffit des efforts de vomissement pour déterminer l'expulsion des selles liquides.

Les *coliques*, que nous avons vues fréquemment manquer au début, sont loin d'être constantes dans cette période, et surtout de durer pendant tout son cours. Ce n'est guère que sur le tiers des sujets environ qu'il en est ainsi. Chez les autres, ou bien il n'existe de coliques dans aucun moment, ce qui est rare; ou bien, après s'être montrées au commencement de la période, elles cessent bientôt pour ne plus reparaître. Cependant, dans deux cas, je vois que les coliques, qui jusqu'alors ne s'étaient pas montrées, ont apparu à la fin de la maladie et quelques heures avant la mort.

Des *borborygmes*, des *gargouillements*, soit spontanés, soit provoqués par la pression sur le ventre, accompagnent également les selles liquides dans un nombre assez limité de cas.

Les *vomissements*, ainsi que je l'ai dit plus haut, ne tardent pas à se joindre aux symptômes précédents. Au commencement de cette période, ils apparaissent dans un nombre considérable de cas. Dix-huit fois, en effet, sur vingt-neuf observations très exactes que j'ai sous les yeux, ils se sont montrés tout d'abord, tantôt rares (neuf fois), tantôt fréquents (neuf fois), mais toujours avec des caractères analogues. Ils sont formés d'un liquide blanchâtre, jaune verdâtre, grisâtre, ordinairement louche, et contenant fréquemment des flocons muqueux semblables à ceux qui ont été décrits dans les selles. Quelquefois cependant on les a vus composés d'aliments mal digérés ou de boissons ; mais presque toujours alors les vomissements caractéristiques que je viens d'indiquer leur ont promptement succédé.

Plus tard, c'est-à-dire vers le milieu de cette période, les vomissements se montrent plus rarement. Ils n'ont, en effet, été notés que treize fois, ce qui est dû, sans aucun doute, aux moyens thérapeutiques mis en usage ; mais ils présentent, dans quelques cas, des caractères nouveaux qui méritent d'être mentionnés. Chez trois sujets, en effet, ils étaient composés d'une matière jaune verdâtre, amère, et contenaient par conséquent une certaine quantité de *bile ;* chez un autre, l'ingestion des boissons provoquait le vomissement, ce qui n'avait pas lieu au début de la maladie.

Enfin, lorsque cette période touche à sa terminaison, soit que les sujets doivent succomber, soit qu'ils doivent guérir, il est bien plus rare d'observer les vomissements. Ils ne se sont plus montrés, en effet, que sept fois (trois fois fréquents et quatre fois rares). Mais les effets plus que probables du traitement employé ne nous permettent pas de dire si c'est là une tendance naturelle de la maladie, ou si

les vomissements ont été seulement suspendus par les moyens thérapeutiques. Les vomissements amers, bilieux, se sont montrés deux fois encore au déclin de cette période.

J'ai dit plus haut que les vomissements étaient fréquents surtout au commencement de la période cyanique. Chez quelques sujets, cette fréquence était extrême, de telle sorte qu'ils ne faisaient, pour ainsi dire, qu'ingérer les boissons et les rejeter par la bouche et par l'anus. Chez quelques-uns aussi ils déterminent une vive angoisse, et chez tous c'est un des symptômes les plus incommodes, et dont ils demandent à être débarrassés avec les plus vives instances.

Nous avons vu, en parlant du début, que parfois l'*appétit* était perdu ou diminué plusieurs jours avant l'invasion des symptômes violents du choléra ; mais, dans le plus grand nombre des cas, ce n'est qu'au moment où des phénomènes caractéristiques surviennent que l'on constate l'existence de l'*anorexie*. Alors presque tous les sujets se privent volontairement d'aliments, ou s'ils en prennent, c'est avec une répugnance plus ou moins marquée. Cependant, chez quatre sur trente-six chez qui ce symptôme a été recherché avec soin, l'appétit était conservé en partie, même au commencement de la période algide. Il est vrai que l'anorexie ne tarde pas à survenir, et chez tous les sujets, à une époque peu avancée de cette période, l'appétit était complétement perdu. La *soif*, au contraire, est presque toujours vive ; parfois même elle est tellement impérieuse, que, malgré les nausées et les vomissements qu'excite l'ingestion des boissons, les malades ne peuvent s'empêcher de la satisfaire. Cependant, chez un sixième des sujets dont j'ai analysé les observations, la soif est restée légère jusqu'au milieu de cette période, et, d'un autre côté, chez quelques-uns, elle est devenue vive à la fin, tandis que chez un petit nombre elle a perdu de son intensité, quoique les autres symptômes n'aient éprouvé rien de particulier dans leur marche.

On a dit que dans le choléra les malades avaient un *désir marqué des boissons froides*, et même des boissons *froides* et *aigrelettes*. Ce symptôme n'est pas, à beaucoup près, aussi constant qu'on l'a prétendu. Six sujets seulement, au commencement de cette période, éprouvaient un vif désir des boissons froides, trois autres demandaient des boissons froides et acidulées ; ces malades avaient tous une soif vive. Mais six autres demandaient, au contraire, des boissons chaudes ou tièdes, et parmi eux deux seulement n'avaient qu'une soif peu intense. Au milieu de la période, les choses étaient peu changées. Tout ce que nous trouvons, en effet, c'est qu'un des sujets qui demandaient des boissons froides a manifesté un vif désir des boissons chaudes, et que la soif s'est maintenue chez lui de la même manière jusqu'au moment de la mort. Chez deux sujets seulement, l'injection des boissons soit chaudes, soit froides, provoquait immédiatement des vomissements. La soif vive est donc, comme on le voit, un symptôme important, quoique non constant, et le désir des boissons froides et aigres l'est beaucoup moins.

L'*état de la langue* mérite de nous arrêter un instant, à cause des conséquences qu'on a voulu en tirer. Rarement elle est sèche dans le cours de cette période : ce n'est, en effet, que chez cinq sujets sur trente-six qu'on l'a trouvée dans cet état, encore n'est-elle pas toujours restée ainsi, et a-t-elle présenté par moments un degré d'humidité marqué. Nous verrons plus loin qu'il n'en est pas de même dans le cours de la période de réaction.

La langue est ordinairement *fraîche* ou *froide* et humide ; elle l'est d'autant plus que les sujets approchent de la terminaison fatale. Lorsque la période de réaction commence, la chaleur de la langue se manifeste comme celle des autres parties du corps. Cet organe est ordinairement d'une *couleur livide* ou *violette*, au moins dans une de ses parties : c'est au pourtour qu'on rencontre le plus souvent cette coloration ; car il n'est pas rare de voir jusqu'au dernier moment le centre conserver une couleur blanche ou jaunâtre.

Lorsque les sujets sont plongés dans un état de torpeur considérable, la langue est *incomplétement tirée*, ce qui arrive surtout vers la fin de la maladie. On voit qu'il n'y a là aucun des signes qu'on a voulu regarder comme annonçant un état d'inflammation de l'estomac.

Parfois l'*épigastre* présente des *douleurs spontanées* plus ou moins vives. Ces douleurs sont presque toujours comparées par le malade à des tortillements ; quelquefois on les voit se propager au côté, au dos et à l'épigastre. Moins souvent il existe une douleur à la pression, et cette douleur est ordinairement légère ; mais ce qu'il y a de remarquable, c'est un sentiment d'*oppression* qui existe à l'épigastre, et sur lequel je reviendrai à l'occasion des phénomènes de la respiration. Chez un bon nombre de sujets, au contraire, il n'y a ni douleur spontanée, ni douleur à la pression.

On trouve dans le *ventre* des douleurs semblables ; mais, chez un plus petit nombre de sujets, ces douleurs, qui ne sont pas, à proprement parler, des coliques, consistent dans un sentiment de *pesanteur* et de *constriction* ayant son siége vers l'ombilic, l'hypogastre et les flancs. Presque toujours elles ont un faible degré d'intensité ; cependant, chez quelques-uns des malades dont j'ai l'observation sous les yeux, elles étaient assez violentes pour arracher des cris. Dans quelques cas, il n'a pas été douteux que ces douleurs ne fussent dues à des crampes véritables. J'y reviendrai lorsque je parlerai de ces derniers symptômes. Enfin, le plus souvent, le ventre reste complétement indolent.

Au commencement de la maladie, il est fort rare qu'il existe du *météorisme* même à un faible degré. Alors le ventre est plutôt *rétracté* et dur, de telle sorte que les parois paraissent se retirer vers la colonne vertébrale. C'est ce qui a été observé dans un tiers des cas environ, aux diverses époques de cette période. Chez les autres sujets, le ventre restait indolent et conservait sa conformation naturelle.

La *pression exercée sur le ventre* déterminait, comme celle de l'épigastre, une douleur peu intense dans un petit nombre de cas ; mais ce qu'il y avait de remarquable, c'était, chez quelques sujets, l'augmentation considérable de l'oppression par une pression même légère.

Dans un nombre de cas beaucoup moins considérable que ne l'ont avancé quelques auteurs, on a observé un *hoquet* très incommode.

Un phénomène non moins digne d'être noté que ceux qui viennent d'être indiqués, est la *suppression* ou la *diminution notable de l'urine*. Chez plusieurs sujets, cette suppression ou une diminution sensible fut constatée dès le début de la maladie ; mais c'est surtout dans le cours de la période algide que ce phénomène s'est montré. Il est rare que les urines soient restées *naturelles* pendant tout le cours de l'affection. Ce fait n'a été constaté que dans quatre des cas dont il s'agit ; et toutefois ces quatre cas méritent d'être notés, puisqu'ils prouvent que la sup-

pression des urines n'est pas un symptôme aussi constant que quelques auteurs l'ont prétendu. Dans tous les autres, elles ont été ou *très considérablement diminuées*, leur émission n'ayant lieu que rarement et en très petite abondance, ou *complétement supprimées*.

Dans un petit nombre de cas, après avoir été rares ou supprimées, les urines ont *reparu* en plus ou moins grande abondance vers le milieu de cette période, pour se supprimer ensuite à la fin, et un des sujets dont j'ai l'observation sous les yeux présentait ceci de remarquable, que, quoique l'émission des urines fût nulle, il éprouvait assez fréquemment un besoin d'uriner qui le tourmentait. Dans deux cas, les urines sont devenues *involontaires* à la fin de la maladie. Chez l'un des deux sujets, elles avaient été naturelles jusque-là; chez l'autre, elles avaient été supprimées.

Des *phénomènes nerveux* très notables accompagnent les symptômes précédents; le plus remarquable sans contredit consiste dans des *crampes* qui donnent à cette maladie un caractère tout particulier. Lorsque l'affection est très violente, c'est dès le début même, ainsi que nous l'avons vu plus haut, que se manifestent ces crampes. Dans les autres cas, elles se montrent au bout d'un temps qui varie entre une heure, et trois, quatre ou cinq jours. Ces derniers cas sont rares.

Ordinairement *très violentes*, les crampes sont quelquefois *médiocres* au commencement de cette période. Lorsqu'elles sont excessivement violentes, elles occupent promptement soit tous les membres, soit même tout le corps. Dans les autres cas, elles commencent soit aux mollets, soit aux pieds, pour s'étendre ensuite aux membres supérieurs, et parfois à l'épigastre ou à tout l'abdomen. Sous leur influence, on voit les muscles se gonfler, durcir notablement, l'abdomen présenter des bosselures qui occupent principalement le muscle droit, et une vive anxiété survenir. Nous verrons plus loin cette anxiété, ces angoisses être quelquefois si vives, qu'elles tirent le malade de l'assoupissement le plus profond.

Il est rare de voir les crampes persister avec la même violence pendant toute la période dont il s'agit; elles diminuent ordinairement à mesure que les malades approchent du terme fatal, de ce moment que M. Gendrin appelle *période asphyxique*, ou bien de la *période de réaction*. Dans sept cas même, elles ont été complétement supprimées au milieu de cette période; et ce qui prouve qu'il y a là plus qu'une coïncidence, c'est que dans deux autres elles ont complétement disparu à la fin, et que dans trois elles ont diminué notablement de violence. Chez un seul sujet, après avoir été supprimées au milieu de la période, elles ont reparu, avec un médiocre degré d'intensité, peu avant la mort.

La *céphalalgie* est un symptôme sur lequel on a beaucoup insisté; cependant onze sujets seulement sur les trente-six se sont plaints d'une douleur de tête qui n'était vive que chez trois. Deux d'entre eux en fixaient le siége à la région frontale. La céphalalgie est encore un phénomène qui caractérise principalement le commencement de cette période. Chez cinq sujets seulement elle a persisté jusqu'à la fin, n'étant un peu violente que chez un seul, et ayant diminué notablement chez les autres. Nous retrouverons ce symptôme dans la période de réaction.

L'état des *sens* mérite aussi d'être examiné. On n'observe ordinairement ni *vertiges* ni *étourdissements*, et si ces symptômes peuvent être, comme on l'a avancé,

regardés, dans un certain nombre de cas, comme des phénomènes précurseurs, il n'en est pas moins vrai de dire qu'ils se dissipent très promptement.

L'état de la *vue* a au contraire, dans quelques cas, quelque chose de particulier. Parfois obscurcie dès le début, elle l'est bien plus souvent dans le cours de la période algide. Ce symptôme s'est montré, en effet, chez dix des trente-neuf sujets dont j'analyse les observations. Chez la plupart, il a persisté jusqu'à la fin de la période; chez deux cependant la vue a recouvré son intégrité vers la fin, et chez deux autres aussi, après s'être conservée intacte jusque-là, elle est devenue notablement voilée. Trois sujets présentaient un phénomène remarquable: l'un voyait les objets colorés en bleu; pour l'autre, ils étaient tantôt noirs et tantôt rouges, et le troisième avait une véritable *diplopie*. Des phénomènes semblables ont été signalés par tous les auteurs.

Quant à l'*ouïe*, elle est toujours restée fine, et si parfois les malades ne répondaient pas promptement aux questions, c'est qu'ils étaient plongés dans l'assoupissement, et non à cause d'un certain degré de surdité; car dès que cet assoupissement avait cessé, on voyait que l'ouïe avait conservé toute sa finesse. On lit cependant dans les auteurs que la surdité est un symptôme du choléra, mais on a eu sans doute en vue des cas exceptionnels. Quelques sujets (six) ont présenté des *tintements* et des *bourdonnements d'oreille*, et ce phénomène a persisté depuis le commencement de cette période jusqu'à la fin.

Il est impossible que des symptômes tels que ceux qui viennent d'être décrits ne déterminent pas un *malaise* plus ou moins notable; quelquefois ce malaise allait jusqu'à produire des angoisses si vives, dans un très petit nombre de cas, que les malades désiraient la mort; c'est ce qui avait lieu chez une femme dont j'ai l'observation sous les yeux. En même temps on observe une *agitation* plus ou moins vive, qui ne survient ordinairement que par moments. La cause de cette agitation se trouve presque toujours dans l'apparition des crampes, ce dont on ne peut douter quand on a observé les sujets plongés dans l'assoupissement.

Cet *assoupissement* est un des phénomènes les plus importants de cette période; il est presque constant. Rarement il se manifeste au début de la maladie ou au commencement de la période algide. Ce n'est qu'après une certaine durée des premiers symptômes violents du choléra qu'il apparaît. Il n'est jamais continuel: des crampes violentes viennent presque toujours l'interrompre. Parfois léger, il est souvent assez profond pour que les sujets se montrent insensibles à ce qui se passe autour d'eux. Cependant il n'est pas très difficile de les en tirer, soit par des interrogations, soit par des mouvements. Quelquefois alors les réponses sont lentes, et l'on voit les malades retomber bientôt dans leur torpeur. Deux sujets parmi ceux dont je passe les observations en revue présentaient un état digne de remarque: c'était une *immobilité* complète vers la fin de cette période et peu de temps avant la mort.

Ce qu'il y a de plus remarquable encore au milieu de tous ces symptômes si graves, c'est la conservation de l'*intelligence* chez la grande majorité des sujets. Neuf d'entre eux seulement ont présenté, sous ce rapport, quelques altérations, et ces altérations n'étaient pas très notables, comme on va en juger. Aucun d'eux, en effet, n'a eu de délire. Deux seulement présentaient un air d'étonnement; un troisième manifestait une *indifférence* marquée à la fin de la maladie; un autre

portait une expression d'hébétude sur la face, et chez les autres on n'observait autre chose que la *lenteur des réponses* dont j'ai parlé. C'était là plutôt, comme on le voit, un accablement, une oppression des facultés intellectuelles, qu'une véritable altération. Peut-être aussi la fatigue que l'interrogatoire faisait éprouver aux malades était-elle pour beaucoup dans cette lenteur de leurs réponses.

Il est très rare que les *forces* soient anéanties dès le début. Au commencement de cette période, elles ont en général plus ou moins notablement diminué, mais non au point de forcer les malades à se coucher, si les autres symptômes ne leur en faisaient une nécessité ; à la fin de la période, au contraire, elles sont, chez un certain nombre de sujets, tellement anéanties, que les moindres mouvements paraissent pénibles, et que, comme nous l'avons vu plus haut, quelques-uns gardent une immobilité complète. Une sensation de *brisement des membres*, en l'absence même des crampes, se montre aussi chez un petit nombre de sujets, et d'autres éprouvent, soit au commencement, soit à la fin de cette période, quelques *lipothymies* passagères.

Du côté de la *respiration*, nous trouvons des phénomènes dignes d'être notés: ordinairement *haute*, *pénible*, quelquefois *incomplète*, la respiration est souvent remarquable par sa *fréquence*. C'est ainsi que chez la plupart des sujets chez lesquels il a été noté avec soin, le nombre des inspirations a varié de vingt-six à quarante. Un seul présentait une accélération extrême : il avait, en effet, cinquante-deux inspirations par minute. Cet état de la respiration se continue presque toujours jusqu'à la fin de cette période, et parfois même il va en augmentant.

M. Doyère (1), ayant analysé l'*air expiré* par les cholériques, a vu que l'acide carbonique s'y trouve dans des proportions très inférieures à celles de l'état normal, et que cette proportion diminue à mesure que la maladie s'aggrave. Selon M. Begbie (2), il renferme une certaine quantité de bicarbonate d'ammoniaque.

Un certain degré d'*oppression* se manifeste chez un bon nombre de sujets. Elle a été notée dix-huit fois sur trente et un malades chez lesquels on l'a recherchée. Cette oppression est parfois extrême, et telle, qu'elle constitue souvent pour le malade le symptôme dont il se plaint le plus. Ordinairement en rapport avec la fréquence des inspirations, elle est quelquefois considérable, quoique les inspirations soient peu nombreuses, et c'est ce qui était surtout remarquable chez un sujet qui ne présentait que dix inspirations à la minute : fait entièrement exceptionnel. Cette oppression va ordinairement en augmentant jusqu'au milieu de cette période ; mais son accroissement est loin de se continuer jusqu'à la fin, dans tous les cas.

Rappelons ici que quelques malades se plaignaient très vivement de l'augmentation qu'une pression même légère de l'épigastre apportait à leur oppression.

Parfois la respiration est *suspirieuse ;* plus rarement elle paraît *suspendue* par moments, et ces symptômes sont en rapport avec la gravité de l'affection. Un seul des sujets dont j'examine les observations a fait entendre du *râle trachéal* dans les derniers moments de la maladie. Chez d'autres, on a entendu du *râle crépitant* ou *sous-crépitant* dans diverses parties de la poitrine, et ces signes annonçaient soit la présence de quelques *tubercules*, soit l'invasion d'une *pneumonie*.

(1) *Séances de l'Acad. des sciences*, 21 mai 1849.
(2) *London medical Gazette*, novembre 1849.

La *voix* présente des altérations telles, qu'elle frappe non-seulement le médecin, ais les assistants. Parfois très affaiblie dès le début, elle l'est constamment au mmencement de la période dont il s'agit. Chez un certain nombre de sujets nit), il existe dès ce moment une *aphonie* complète ou presque complète, et ce mptôme se continue jusqu'à la fin de cette période, soit que la maladie se terine par la mort, soit que la période de réaction survenant, la voix reprenne, avec s ou moins de promptitude, son timbre naturel. Lorsque la voix est seulement ble, les sons ont un caractère voilé, et, lorsqu'il y a aphonie, le malade semble rler *péniblement*, à voix basse; quelquefois même les paroles paraissaient comme *ufflées*.

Il n'est pas très rare de voir, même dans les cas où elle est le plus fortement érée, la voix reprendre par moments *une certaine force*. C'est ce que l'on rearque surtout lorsque les malades poussent des cris. L'extinction de la voix est, r conséquent, due à l'oppression des fonctions respiratoires, oppression qui peut re vaincue par des mouvements énergiques.

Du côté de la *circulation*, on observe des symptômes également fort graves. Au mmencement de la période, le *pouls* est faible, ordinairement étroit, parfois filirme, et, dans un petit nombre de cas, insensible ou presque insensible. Ces caracres du pouls se manifestent de plus en plus à mesure que la maladie augmente, telle sorte qu'au milieu de la période, le pouls est petit et misérable dans les cas l'on peut le sentir encore, et qu'à la fin, chez presque tous les sujets, on ne ut plus distinguer les pulsations dans tous les points accessibles de l'artère raale. Il est presque toujours facile à déprimer. Chez les trente-six sujets dont il agit principalement ici, un seul a présenté un peu de dureté du pouls; chez un tre, il y a eu cela de remarquable, qu'insensible tout d'abord d'un côté, il a été rçu de l'autre jusqu'à la fin de la maladie. Dans le petit nombre de cas où le pouls ait conservé un peu de largeur au début, il n'a pas tardé à devenir petit et misécomme dans les autres.

Il est rare qu'on observe une certaine inégalité du pouls, et jamais on n'a constaté d'irrégularité véritable, même dans la période la plus avancée. Quant au *mbre de pulsations*, il est toujours plus élevé que dans l'état normal; mais ornairement l'accélération est peu considérable. Cependant, chez un sujet, il y a jusqu'à cent quarante-huit pulsations; mais c'est là un fait tout exceptionnel. nombre des pulsations varie ordinairement entre soixante et douze et cent huit cent dix. La fréquence reste à peu près la même dans tout le cours de la période nt il s'agit; tantôt on la voit augmenter un peu vers sa fin, et tantôt, au conire, diminuer, et la limite de ces changements ne dépasse guère une dizaine de lsations.

Lorsque le pouls radial est insensible, on peut encore sentir les *pulsations de tère carotide*, qui sont alors très faibles et en rapport avec la gravité des autres ptômes. Il en est de même des *battements du cœur*.

Dans une note communiquée à la Société de biologie, M. Bouchut (1) signale *réduction des deux bruits du cœur en un seul* dans les dernières heures de xistence; la présence d'un *bruit de souffle sec* et de *bruits de frottement* dans

(1) *Archives générales de médecine*, février 1850.

le cours de la cyanose ou au commencement de la période de réaction ; enfin la présence d'un *bruit de souffle intermittent* à la base du cœur et dans les vaisseaux pendant la convalescence.

La circulation est, dans cette période, et surtout à une époque assez avancée, si profondément altérée, que, si l'on pratique une saignée aux malades, on a ordinairement *beaucoup de peine à faire couler le sang*, et que parfois l'*écoulement est absolument impossible.* Les sangsues, au contraire, prennent assez bien, à moins que le sujet ne soit à une époque très voisine de la mort, et l'écoulement de sang qui résulte de leurs piqûres est assez facile et assez abondant.

Le *sang* retiré par la saignée a été décrit avec soin par les auteurs. On le trouve noir, dépourvu en grande partie de sérum, et ordinairement semblable, comme on l'a dit, à de la gelée de groseille bien cuite. Dans un cas dont j'ai l'observation sous les yeux, il se couvrit d'une couenne épaisse, d'apparence gélatineuse, sans qu'aucune inflammation intercurrente soit venue, à l'autopsie, donner l'explication de ce phénomène.

La *coloration* qui se montre sur les différentes parties du corps tient évidemment à cet état de la circulation. Les malades ont d'abord les extrémités livides, bleuâtres ; puis la face présente la même couleur qui se remarque surtout autour des lèvres et au nez ; enfin le cou et la poitrine se teignent en bleu ou en violet, et quelquefois la coloration anormale est portée à un tel point, que tout le corps est d'une couleur foncée : c'est ce qu'on observait principalement dans un des cas que j'examine, et où la couleur générale était d'un bleu de plombagine.

En même temps, la *température* du corps s'abaisse ; les extrémités supérieures, qui sont fréquemment hors du lit, deviennent ordinairement froides les premières, ainsi que la face. Celle-ci se refroidit principalement vers les parties centrales. Plus tard, les extrémités inférieures participent au refroidissement. Enfin on observe, dans certains cas, un froid universel très prononcé, et que je vois, dans une observation, désigné sous le nom de *froid glacial ;* quelquefois même, ainsi que l'a constaté M. Louis, la sensation de froid éprouvée par l'observateur était plus considérable que celle que l'on ressentait en plaçant la main sur la table de fer placée au chevet du lit du malade. Ce refroidissement suit la marche des symptômes : lorsque par des moyens quelconques, on est parvenu à arrêter les vomissements et la diarrhée, il n'est pas rare de voir la chaleur se reproduire momentanément, et quelquefois même s'élever au-dessus de l'état normal, pour faire de nouveau place au froid, quand les symptômes intestinaux se reproduisent. On a fait des *expériences thermométriques* sur cet abaissement de la température, et, ce qui ressort de plus important de ces expériences, c'est que, parmi les cas où la température de la surface du corps est descendue au-dessous de 19 degrés Réaumur, il n'y a pas eu un seul exemple de guérison (1).

La *peau* présente, en outre, un phénomène remarquable, c'est la perte plus ou moins notable de son élasticité. Si l'on fait un pli sur une partie du corps, et principalement au cou, où le tissu cellulaire est lâche, on le voit s'effacer beaucoup

(1) Voyez, à ce sujet, les expériences intéressantes de M. Roger, *Comptes rendus des séances de la Soc. médic. des hôpitaux* (*Union médic.*, 1849), et celles de MM. Briquet et Mignot (*loc. cit.*).

plus lentement que dans l'état normal. Dans un cas même, je trouve que la peau gardait l'empreinte des doigts, quoiqu'il n'y eût aucun signe d'œdème.

La *sensibilité cutanée* est parfois notablement affaiblie. C'est ainsi que, chez trois sujets, je trouve que les pincements les plus forts ne déterminaient qu'un très médiocre degré de douleur, ou même n'étaient pas sentis.

La peau ne présente pas ordinairement, comme on aurait dû s'y attendre après des évacuations séreuses si considérables, de sécheresse remarquable. Dans un certain nombre de cas, au contraire, on observe une *moiteur* ordinairement *froide*, parfois visqueuse, à la partie supérieure du tronc et sur les bras : c'est ce qui a été observé chez neuf des trente-six sujets dont je donne ici l'analyse, et ce qui n'est par conséquent pas aussi constant que quelques auteurs ont voulu le dire. On n'a jamais observé de *sueurs* très abondantes dans la période dont il est ici question.

Quoique la sensation de froid perçue par le médecin soit considérable, les malades se plaignent rarement d'en éprouver une aussi forte. Dans dix-huit cas seulement, à une époque plus ou moins avancée, les malades se sont plaints du froid qu'ils éprouvaient; mais ce froid n'a été général et intense que chez deux d'entre eux ; chez les autres il était borné aux pieds et aux mains, et excitait beaucoup moins de plaintes que la plupart des symptômes précédemment décrits. Les *frissons* ne se sont jamais continués dans le cours de la période algide.

La *face* présente des altérations souvent effrayantes : c'est ainsi qu'à une époque assez avancée de cette période, on voit les joues se creuser, les traits s'effiler, les yeux s'excaver; de telle sorte que dans quelques cas, du jour au lendemain, le sujet devient méconnaissable. Parfois on voit sur la face une expression de douleur violente ou de malaise qui coïncide avec la vivacité des crampes ou bien avec un abattement plus ou moins profond, signe d'une grande faiblesse générale.

L'*excavation des yeux*, dont je viens de dire un mot, a lieu chez tous les sujets, et parfois à une époque très rapprochée du début ou au début même. On a dit que cette excavation s'accompagne d'un état de *sécheresse remarquable de la conjonctive*, de *plissement* et de *perte de transparence de la cornée ;* mais les faits de ce genre ne sont pas, à beaucoup près, les plus communs, et l'on a eu tort de les donner comme l'expression de la règle générale.

Au commencement de la période, les yeux restent humides, et parfois même ils deviennent larmoyants. Ils sont brillants, mais non injectés, comme dans la période de réaction. Ils ont parfois une expression de langueur qui coïncide avec un haut degré de faiblesse. Je ne trouve les *yeux ternes* que chez un seul sujet, peu de temps avant la mort. Quant aux autres particularités que peuvent offrir ces organes, il me suffira de dire que, dans un cas, les *paupières* étaient contractées au point qu'on avait de la peine à les ouvrir, et que dans deux autres il y avait une étroitesse assez marquée de la *pupille.*

Telle est, d'après des observations très exactes, et non d'après une appréciation générale semblable à celles qui ont dicté la plupart des articles des auteurs, la description de cette période, la plus terrible sans aucun doute, et pendant laquelle ont péri le plus grand nombre des sujets, dans le cours des épidémies dont on nous a laissé l'histoire. Lorsque le malade doit succomber, on voit la circulation s'embarrasser de plus en plus, l'abattement, l'assoupissement, l'insensibilité faire

des progrès, et la mort arriver sans aucune grande perturbation. C'est de ces derniers symptômes, remarquables par l'embarras de la circulation et de la respiration, qu'on a voulu faire une période particulière, sous le nom de *période asphyxique.*

3° *Période de réaction.* — Il ne faut pas croire que cette période de réaction fasse partie constituante essentielle du choléra : c'est cependant ce qu'on pourrait penser d'après la description tracée par les auteurs; mais si l'on consulte les observations, on voit que, dans un bon nombre de cas, la période algide se termine par un retour graduel à l'état normal, sans qu'il y ait dans la manière dont les fonctions se relèvent rien qui paraisse dépasser les limites. Ainsi le pouls prend peu à peu de la largeur; la chaleur normale revient d'abord au tronc, puis aux extrémités et à la face; la respiration devient peu à peu plus facile, et bientôt le malade est complétement guéri. On ne saurait évidemment voir là aucune réaction, et comme, dans la majorité des cas, même au fort de l'épidémie, les choses se sont passées ainsi, on voit que cette période, très importante à connaître néanmoins, n'est pas aussi inévitable qu'on a semblé le croire. En 1849, la réaction a été plus fréquente qu'en 1832.

On a divisé la réaction en un assez grand nombre d'espèces, suivant les symptômes prédominants qui la caractérisent : c'est ainsi que les rédacteurs de la *Gazette médicale* ont admis une *forme inflammatoire*, une *forme adynamique*, une *forme ataxique* et une *forme comateuse*. En analysant avec soin les faits, on voit que ce ne sont là que de simples nuances qui indiquent une plus ou moins grande gravité des phénomènes, mais qui n'en changent nullement la nature. La division admise par M. Magendie a encore moins d'importance, puisqu'on ne peut en tirer que des conséquences d'un médiocre intérêt relativement à la terminaison probable de la maladie; aussi ne l'exposerai-je pas en détail. J'en dirai seulement quelques mots plus loin.

Ce qui caractérise principalement cette période de réaction, c'est le retour de la circulation et de la chaleur. Le *pouls*, qui avait été si longtemps filiforme, prend, avec une plus ou moins grande rapidité, de l'ampleur et devient dur et plus fréquent. Si alors on saigne le malade, le sang coule avec facilité, et l'on trouve un *caillot* nageant dans une plus ou moins grande quantité de sérum, et d'autant mieux formé qu'on s'éloigne davantage du commencement de la période. M. Gendrin a remarqué que le caillot était peu ferme et brunâtre dans un certain nombre de cas où il surnageait; que la quantité de sérum était augmentée, et qu'il existait une couenne tantôt continue, tantôt sous forme d'îlots disséminés.

La *respiration* reprend de l'activité; les inspirations sont plus complètes, et parfois leur nombre devient plus grand que dans la période algide.

La *chaleur* se reproduit, et devient considérable lorsque la réaction est vive. C'est alors qu'on voit apparaître des sueurs en plus ou moins grande abondance, sueurs que quelques auteurs ont regardées comme critiques, mais qui, en réalité, n'ont pas coïncidé avec une terminaison de la maladie plutôt qu'avec une autre.

Parfois il existe encore quelques *vomissements amers*, et beaucoup plus rarement quelques selles liquides; mais bien plus souvent on voit survenir une *constipation* qui peut durer pendant un assez grand nombre de jours. Les matières ren-

les reprennent complétement l'odeur fécale. On a aussi noté alors un certain degré de météorisme et l'expulsion de gaz intestinaux fétides.

Les *urines* reprennent leur cours, et lorsque le mouvement fébrile est intense, les présentent les mêmes caractères que dans les fièvres violentes.

Le 10 avril 1849, M. Michel Lévy, dans une note lue à l'Académie de médecine (1), fit connaître la *présence de l'albumine dans les urines* des cholériques. Bientôt après M. Rostan signala le même fait, qui a été depuis constaté par tous s médecins; seulement les uns ont toujours trouvé de l'albumine dans l'urine de us les cholériques, et les autres dans une plus ou moins grande proportion de s seulement. M. Martin-Solon (2) a fait remarquer que cette différence venait s époques diverses auxquelles on a examiné les urines. Lorsque la réaction opère et que l'urine reparaît, ce liquide contient de l'albumine; au bout d'environ quarante-huit heures, l'albumine disparaît et les urines deviennent aqueuses. J'ai u l'albumine en plus grande abondance et plus persistante chez deux phthisiques morts du choléra. Dans quelques cas, il y a une *rétention d'urine* de plus ou moins longue durée.

En même temps la *coloration* générale change; c'est alors qu'on voit la face devenir rouge, les yeux s'injecter, et qu'on observe un *larmoiement* plus ou moins abondant.

La *céphalalgie* est un des phénomènes les plus remarquables de cette période. Quelquefois portée à un très haut degré, elle est constituée presque toujours par une douleur gravative générale, plus marquée à la région frontale.

Enfin un reste de *faiblesse*, un peu d'*insomnie* et d'*agitation* la nuit, complètent ces symptômes, qui ne sont, comme on le voit, que le résultat des efforts faits par l'organisme pour rendre aux diverses fonctions leur activité première.

Il n'est pas très rare de voir un certain degré de chaleur, un peu de céphalalgie se manifester dans le cours de la période algide, pour faire place ensuite à des symptômes semblables à ceux qui avaient précédé : c'est ce qu'on a nommé *réaction incomplète*, dénomination peu exacte, puisque nous avons vu dans d'autres cas les mêmes phénomènes, au même degré, être suivis d'une guérison parfaite.

Lorsque les symptômes fébriles vont jusqu'à occasionner du délire, de l'agitation, de l'insomnie, etc., on dit qu'il y a *réaction ataxique* ou *typhoïde*, surtout si l'on observe la *fuliginosité des dents* et la *sécheresse de la langue*, qui se montrent, en pareil cas, comme dans toutes les fièvres violentes; mais il serait inutile d'insister sur ces détails, qui n'ont pas d'importance pathologique réelle.

Après avoir duré un temps variable, ces symptômes se calment peu à peu, comme dans les fièvres ordinaires, ou bien, faisant des progrès, ils entraînent les malades au tombeau; c'est alors qu'on voit survenir les symptômes ataxiques mentionnés plus haut, les soubresauts des tendons, l'assoupissement, le coma, en un mot l'exagération des phénomènes morbides qui caractérisent cette période.

Dans un bon nombre de cas, on ne trouve, pour expliquer l'apparition de ces symptômes fébriles, rien que la violence de la réaction elle-même; mais dans d'autres, il survient des *inflammations* qui peuvent être la principale cause du

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1849, t. XIV, p. 671.
(2) Voy. *Séance de la Soc. méd. des hôpitaux* (*Union médicale*, 1849).

mouvement fébrile, ou qui du moins peuvent lui avoir donné la première impulsion. Ces inflammations ont ordinairement leur siége dans le parenchyme pulmonaire. Quelquefois elles se montrent dans les membranes cérébrales.

Parmi les observations que j'ai rassemblées, je vois également un certain degré de *bronchite*, une *angine* peu considérable, un *érysipèle* survenu autour de piqûres de sangsues, des *abcès* et des *ulcérations* sur les paupières, venir se joindre, comme cause de réaction, à celles qui existent naturellement dans la maladie. D'autres fois on a observé un *engorgement* plus ou moins considérable des *glandes parotides*, des *contractures* des membres, ou bien une *éruption* que, suivant les auteurs du *Compendium*, M. Cullerier a rattachée à la *roséole*. Dans la dernière épidémie, MM. Briquet, Mignot et Leudet, ont observé des éruptions qui ne pouvaient pas se rapporter toutes à la roséole. Il peut, en effet, se produire à la surface de la peau, des efflorescences qui annoncent le surcroît d'activité de la circulation. Ces phénomènes n'ont qu'une importance secondaire.

On a remarqué aussi que les muscles, en revenant à leur état habituel, présentent parfois des contractions particulières, des espèces de palpitations, ce qui a fait donner par Magendie, à la réaction qui s'accompagne de ce léger symptôme, le nom de *réaction fibrillaire*.

Dans les observations que j'ai rassemblées, il s'est présenté un fait digne de remarque, et que je dois consigner ici. La période de réaction, au lieu d'être caractérisée par des symptômes continus, s'est montrée sous une forme *intermittente* bien tranchée ; il y avait tous les jours un accès fébrile avec frisson initial, qui céda promptement au sulfate de quinine.

Je dirai très peu de mots des lésions qui ont été considérées comme des *complications* du choléra. Peut-on regarder comme telles la *congestion pulmonaire*, les *pleuro-pneumonies*, les *bronchites*, qui surviennent dans le cours de cette maladie ? C'est ce qui paraît douteux, quand on considère que leur apparition est sous l'influence de symptômes généraux tout à fait propres au choléra, ce qui en fait plutôt de simples *lésions secondaires*. Quant à la *gastro-entérite*, aux *affections cérébrales* qui peuvent apparaître dans la période de réaction, elles sont, à proprement parler, des symptômes de cette réaction elle-même.

Mais le choléra survient fréquemment dans le cours d'une autre affection, et l'on a recherché quelle influence il avait sur la marche de la maladie primitive. Disons, malgré l'intérêt que présentent plusieurs observations publiées sur ce point par M. Duplay (1), que les faits sont trop insuffisants pour qu'on puisse encore en tirer des conclusions définitives.

Tel était l'état de la question quand a paru la première édition de cet ouvrage. Dans l'épidémie de 1849, on a fait les remarques suivantes : On a vu dans le cours du choléra, après les évacuations alvines abondantes, des hydropisies se dissiper. Quant aux maladies inflammatoires parenchymateuses, il ne paraît pas que les choses se passent de même. J'ai cité des cas où des pneumonies ont persisté et fait des progrès malgré le choléra, et M. Gillette a vu l'hépatisation du poumon à l'autopsie de sujets pris du choléra dans le cours d'une pneumonie. Les maladies aiguës de la peau disparaissent, au contraire, et souvent pour reparaître ensuite :

(1) *Archives générales de médecine*, t. XXX, p. 29.

. Devergie et Sandras (1) en ont rapporté des exemples remarquables. ans quelques cas rares, le contraire a paru avoir lieu, c'est-à-dire que l'appa- n d'une maladie aiguë a paru faire cesser le choléra. C'est ce qu'a vu M. Lé- (2) dans le cas suivant :

n malade dans la période algide du choléra entra à l'hôpital ; le lendemain de entrée, plus de choléra, mais des crachats rouillés et tous les phénomènes sté- copiques d'une pneumonie. Cette maladie marcha, comme à l'ordinaire ; elle se pa, et au moment où la résolution était presque complète, le choléra revint et orta le malade.

lartin-Solon (3) a vu un cas d'albuminurie guéri sous l'influence du choléra.

l arrive assez souvent, après les épidémies de choléra, que les personnes con- ent la plus grande frayeur de contracter cette maladie, quoique le danger soit é. Parfois même il résulte de cette crainte un ensemble de symptômes ner- x que M. Axenfeld (4) a décrit, d'après M. Beau, sous le nom de *choléro- bie*.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

a *marche* du choléra est ordinairement rapide, surtout au début des épidémies. te circonstance mérite d'être notée, car elle rapproche les épidémies du choléra toutes les autres épidémies. N'oublions pas, toutefois, que le contraire a eu lieu s l'épidémie de 1849. Les symptômes de cette maladie ont une marche con- ue, rarement interrompue par des améliorations passagères, surtout dans la iode algide. L'apparition des évacuations abondantes en est presque toujours premier signal, et bientôt après viennent les symptômes nerveux et les troubles la respiration et de la circulation qui en sont la conséquence.

Quant à la *durée*, nous trouvons à ce sujet des renseignements importants dans *Rapport de la commission* (5). La durée varie le plus ordinairement entre quel- es heures et un jour ou deux ; cependant il n'est pas très rare de la voir se pro- ger pendant quatre, cinq, huit et dix jours. Mais cette durée est subordonnée l'époque de l'épidémie où les malades sont atteints : c'est ainsi qu'au début de pidémie et au commencement des *recrudescences*, elle est, en général, beaucoup s courte. On trouvera des détails sur ce point dans le rapport que je viens de er.

On ne saurait admettre, avec M. Gendrin, que la maladie se termine toujours r des *crises* ou par des *métastases*. Il n'existe même pas de faits qui prouvent e les phénomènes auxquels on a donné le nom de *critiques* le méritent réelle- nt. Quant aux métastases, le fait est moins bien prouvé encore, s'il est possible. C'est, ainsi que je l'ai dit plus haut, dans le cours de la période algide que la ladie se termine le plus fréquemment par la mort. Il n'est pas rare, après que principaux symptômes se sont dissipés, de voir persister pendant un temps plus

(1) Voyez la *discussion qui a eu lieu à ce sujet à la Soc. médic. des hôpit.*, séance du sept. 1849, ou *Union médic.*, 2 et 20 octobre 1849.

(2) *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séances de juillet et août 1849, et *Archives de méd.*, vier 1850.

(3) *Gazette des hôpitaux*, 1849.

(4) *Union médicale*, 22 novembre 1849.

(5) *Rapport sur la marche et les effets du choléra-morbus dans Paris*. Paris, 1834, in-4.

ou moins long des phénomènes variables et parfois très incommodes. Ce sont tantôt des phénomènes nerveux, comme l'agitation, les rêvasseries la nuit, un certain degré d'insomnie, une préoccupation plus ou moins grande sur l'état de la santé; d'autres fois, des troubles digestifs, la diminution de l'appétit, la constipation; parfois des douleurs d'estomac, de véritables gastralgies, qui, d'après M. Barras, auraient été, ainsi que je le dirai (article *Gastralgie*), infiniment plus fréquentes pendant le choléra. On a vu ces symptômes persister pendant un temps fort long, de telle sorte que, plusieurs mois après leur guérison, quelques malades n'avaient pas pu réussir à s'en débarrasser.

Il est arrivé quelquefois que des sujets, se croyant guéris, et ne conservant que de légers troubles intestinaux, ont repris trop tôt leurs habitudes, et ont eu une nouvelle attaque de choléra; c'était alors une *rechute*. Mais on a vu aussi des sujets être repris de tous les symptômes après une guérison complète. Il y avait alors une véritable *récidive*. Les cas de ce genre ne sont pas fréquents.

Faut-il dire, avec quelques auteurs, qu'on est d'autant plus sujet à contracter le choléra qu'on en a plus violemment subi les atteintes une première fois? C'est ce qui n'est pas appuyé sur des faits incontestables, et cependant des propositions semblables ne devraient être que la conséquence d'une analyse exacte d'observations nombreuses.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques propres au choléra ont beaucoup occupé les auteurs qui ont écrit sur cette matière. Il n'est guère de particularités qui n'aient été mentionnées; mais quand on examine avec soin les observations, on ne tarde pas à s'apercevoir qu'on a beaucoup exagéré l'importance de quelques-unes des altérations trouvées après la mort, qu'on en a beaucoup trop généralisé d'autres, et que quelques-unes ont été mal interprétées. Je vais commencer par exposer les lésions des voies digestives, siége principal de la maladie.

L'*estomac* est rarement augmenté de volume d'une manière très considérable; cependant on l'a vu d'une capacité double et plus volumineux encore : c'est ce qui a été observé chez quatre sujets, sur trente-cinq dont j'ai entre les mains l'autopsie très exacte. Il est également rare que cet organe ait diminué de volume. Il n'en était ainsi que chez trois sujets sur trente-cinq, et encore faut-il dire que c'était à une époque où les symptômes de réaction approchaient, et où par conséquent l'exhalation séreuse, à la surface de l'estomac, cessait d'être abondante ou même de se produire. Chez tous les autres sujets, l'estomac avait son volume ordinaire ou était un peu plus volumineux.

L'état de cet organe est en rapport avec l'abondance du liquide qu'il contient. Rarement il renferme des gaz en quantité considérable : le liquide trouvé dans son intérieur présente, suivant les sujets, quelques différences qui méritent d'être notées. Ordinairement vert ou vert jaunâtre, ou gris, il est parfois rouge ou couleur lie de vin, phénomène qui a été constaté par la plupart des auteurs, et qui s'est rencontré cinq fois chez les sujets dont j'ai l'observation sous les yeux. Parfois ce liquide est louche, bien plus rarement il est incolore. Coulant chez la majorité des sujets comme de l'eau, chez quelques-uns, au contraire, il est épais, ce qui tient surtout à la présence d'une substance muqueuse dont il va être question.

Ordinairement peu abondant, le *mucus* se présente sous deux formes distinctes. Tantôt, en effet, on trouve simplement dans le liquide quelques flocons d'un vert blanchâtre, ou plus rarement grisâtre, et ressemblant à du riz cuit; tantôt, avec ou en l'absence de ces flocons muqueux, on trouve une substance plus ou moins visqueuse, ordinairement adhérente, d'une abondance médiocre, et qu'il est difficile souvent de détacher de la muqueuse par des lavages répétés. Cette substance rend parfois très onctueux le liquide contenu dans l'estomac, et quelquefois le fait ressembler à du blanc d'œuf. Tout dépend de la quantité du liquide séreux et trouble qui existe en même temps dans l'estomac.

Dans un des cas que j'ai sous les yeux, le liquide se présentait avec un aspect très remarquable, car on voyait à sa surface comme de petits globules de graisse liquéfiée, semblables à ce qu'on appelle des *yeux* sur le bouillon. Chez un autre sujet, il existait dans l'estomac une petite quantité de sang pur liquide, ce qui ne paraît être autre chose que l'exagération de l'état dans lequel nous avons trouvé le liquide rouge et lie de vin, le sang exhalé s'étant, dans ces derniers cas, mêlé à une plus ou moins grande quantité d'une autre matière. Enfin, malgré l'abondance des vomissements, on a encore trouvé, quoique rarement, des aliments mal digérés au milieu du liquide stomacal.

Les expériences chimiques faites sur ce liquide ont démontré qu'il était fortement alcalin, et qu'il contenait une assez grande proportion d'albumine; en un mot, qu'il renfermait les principaux éléments du sérum du sang (1). Nous avons vu plus haut le résultat des expériences de M. Becquerel.

Si maintenant nous examinons les parois de l'estomac, nous trouvons que ce qu'il y a de plus remarquable, c'est la coloration. Rarement, en effet, on trouve la muqueuse avec sa couleur naturelle. Ordinairement rose livide ou pâle, ou bien blanc bleuâtre, soit dans toute son étendue, soit, ce qui est bien plus fréquent, dans un ou plusieurs points, elle est parfois jaune bistre, ou plus rarement elle a la couleur de la pelure d'oignon. On voit que la principale coloration est la couleur rosée ou livide. Dans les cas où le tissu sous-muqueux a été examiné, on y a trouvé la cause de cette coloration dans une injection veineuse plus ou moins considérable, tandis que la muqueuse elle-même ne présentait pas de vaisseaux développés dans son épaisseur. On y voyait seulement, dans un nombre peu considérable de cas, un pointillé rouge médiocrement abondant.

Les altérations de cette membrane consistaient presque uniquement dans un certain degré de ramollissement et dans un mamelonnement assez fréquent, dont quelques-unes de ses parties étaient le siége. Le ramollissement occupe presque toujours le grand cul-de-sac; parfois il se montre peu étendu dans d'autres régions. La membrane peut être ramollie au point de s'enlever comme du mucus. Le siége de ce ramollissement et l'absence de toute autre lésion concomitante ne permettent pas de le rapporter à une inflammation véritable.

On a encore, dans quelques cas, trouvé, dans la muqueuse stomacale, quelques petits points saillants, blanchâtres, assez semblables à ceux que nous retrouverons dans l'intestin et dans l'œsophage. Une seule fois un épaississement un peu remarquable de la muqueuse a été noté dans les observations que j'analyse.

(1) Voy. Lassaigne, *Thèse*, Paris. — Hermann, *Med.-chir. Review*, 1832, etc.

L'intestin grêle présente ordinairement un volume un peu augmenté, surtout dans les points où existe la plus grande accumulation de liquide, c'est-à-dire à la partie inférieure de l'iléon. Il est rare que cette augmentation de volume soit due au développement d'une notable quantité de gaz. Aussi l'intestin n'a-t-il été presque jamais doublé de volume. M. Dalmas, en particulier, a indiqué une certaine sensation produite par le contact des intestins, sensation telle, que l'on croit toucher un corps pâteux; mais ce caractère n'existe pas, à beaucoup près, dans tous les cas.

A l'extérieur, l'intestin paraît, dans le plus grand nombre des cas, fortement coloré; il l'est surtout vers l'iléon, et nous verrons tout à l'heure que cette coloration tient à l'injection plus ou moins abondante de ses parois.

Dans son intérieur, il renferme un liquide qui est, comme celui de l'estomac, composé de deux parties distinctes, et qui, dans le plus grand nombre des cas, n'est pas, à beaucoup près, le même, suivant qu'on l'examine à la partie supérieure, moyenne ou inférieure de l'intestin. Dans la partie supérieure, le liquide, considéré d'une manière générale, est fréquemment gris, jaune, jaune verdâtre ou blanc; quelquefois il est rosé, parfois un peu rouge, presque jamais livide. Dans la deuxième partie, il devient fréquemment livide, prend une teinte lilas, parfois même il a une couleur bleuâtre; et enfin, dans la troisième partie, il est encore plus fréquemment livide, ou de couleur lilas; on l'a vu prendre une couleur chocolat, ce qui a été noté dans une des observations que j'ai sous les yeux.

La densité du liquide n'est pas non plus la même, suivant qu'on l'examine dans les trois parties qui viennent d'être indiquées. C'est ainsi que, dans la première partie, il est ordinairement épais, d'apparence laiteuse, et que, même quand il a un assez grand degré de fluidité, il n'est jamais coulant comme de l'eau. Dans la deuxième partie, au contraire, tout en conservant son aspect trouble et les colorations qui ont été signalées plus haut, la matière devient beaucoup plus liquide, et déjà, dans quelques cas, on l'a trouvée coulante comme de l'eau. Enfin, dans les dernières parties de l'intestin, cette matière est remarquable, dans la majorité des cas, par sa fluidité, et quelquefois même elle prend une transparence qu'elle n'avait pas dans la première partie.

La matière muqueuse participe aux diverses colorations du liquide. Parfois la couleur bleuâtre qu'elle présente est très remarquable; parfois aussi elle a une teinte lilas, rosée ou rouge, qui lui donne un aspect particulier. Comme le liquide dans lequel il est contenu, le mucus perd également, du moins dans la plupart des cas, sa densité, à mesure qu'on approche de la fin de l'intestin grêle : c'est ainsi qu'on l'a vu devenir coulant comme du petit-lait. Outre celui que l'on rencontre à l'état libre dans le liquide intestinal, il n'est pas rare d'en trouver une couche plus ou moins adhérente à la surface de la muqueuse: c'est ce qui avait lieu, en effet, chez plus de la moitié des sujets chez lesquels on l'a recherché. Chez un d'eux, il y avait cela de remarquable qu'un grand nombre de filets muqueux étaient rassemblés en masse et ressemblaient à un paquet de mousse.

Des parcelles muqueuses plus ou moins abondantes et tenues en suspension dans le liquide intestinal participent le plus souvent aux diverses colorations indiquées plus haut. Elles sont ordinairement semblables à du riz bien cuit et écrasé. C'est

cette même matière dont nous avons signalé l'existence dans les selles pendant la vie. Parfois aussi leur aspect est tout à fait floconneux. Dans un cas, le mucus formait à la surface de l'intestin une espèce de pseudo-membrane; et dans un autre, il se détachait en filaments qui flottaient dans l'eau et avaient l'aspect d'un *chevelu*.

Enfin, dans quelques cas, on a trouvé des particularités remarquables. Ainsi chez un sujet le liquide épais et blanc était tellement mêlé de bulles d'air, qu'il ressemblait à des œufs à la neige; mais les particularités de cette espèce n'ont pas une très grande importance. Quelquefois aussi on a constaté la présence de vers lombrics.

Dans un bon nombre de cas, la paroi interne de l'intestin a, dans les diverses parties, une coloration correspondante à celle des liquides contenus dans cet organe. Aussi est-ce dans la dernière partie qu'elle est le plus souvent livide, rouge, rosée, noirâtre. Parfois cependant on observe une coloration uniforme dans toute l'étendue de l'intestin, bien que la couleur du liquide change. C'est ainsi que chez deux sujets il y avait une couleur bleuâtre partout, et que chez d'autres la face interne était pâle ou blanche dans les trois parties indiquées plus haut. La coloration noire ne s'est montrée qu'une fois sur trente-cinq cas, et à la partie inférieure de l'intestin seulement. Quant à la couleur rouge uniforme, elle n'a pas été plus fréquente.

Presque tous les auteurs ont regardé ces diverses colorations comme appartenant à la muqueuse elle-même; mais c'est là le résultat d'un examen peu attentif. Dans les cas que j'ai sous les yeux, il est hors de toute contestation que la coloration était due à l'injection du tissu sous-muqueux, et à un certain degré d'imbibition occasionné par le sang qui avait transsudé. Si, en effet, on examinait le tissu sous-muqueux, on y trouvait une injection parfois uniforme, mais en général d'autant plus considérable qu'on se rapprochait davantage du cæcum. Cette injection, qui présentait, pour la couleur, les principales nuances indiquées plus haut, c'est-à-dire le rose livide, le livide, le noirâtre, était portée quelquefois au point qu'il y avait une véritable infiltration, d'où résultaient des ecchymoses manifestes et parfois un commencement de destruction du tissu sous-muqueux.

D'ailleurs la membrane muqueuse se présente presque toujours avec sa consistance normale. Deux fois seulement sur trente-cinq, je la trouve un peu ramollie dans une petite étendue. Parfois aussi elle présente un certain degré d'épaississement. Cet épaississement se montre en général en rapport avec la dilatation de l'intestin par les liquides; c'est ce qui a eu lieu, en effet, huit fois sur onze cas dans lesquels cette altération a été bien constatée, et dans ces cas l'épaississement correspondait précisément aux points les plus dilatés. Est-ce à cette dilatation qu'il faut attribuer l'épaississement de la muqueuse? La courte durée de la maladie pourra faire penser, au premier abord, que la chose n'est pas possible; mais l'expérience a prouvé qu'il faut très peu de temps pour que les organes creux, distendus, soit par des liquides, soit par des gaz, présentent un épaississement plus ou moins marqué de leurs parois. On doit plutôt croire que dans les cas où l'on n'a pas trouvé de coïncidence entre l'épaississement et la dilatation, l'intestin s'étant vidé vers la fin de la maladie, il est resté un peu d'hypertrophie de la muqueuse qui n'a pas eu le temps de se dissiper.

On a beaucoup parlé des follicules isolés qui se montrent fréquemment dans

cette affection ; mais j'attendrai, pour les mentionner, d'avoir décrit le gros intestin où on les rencontre également.

Enfin on a noté l'existence d'ulcérations, mais on en a rarement constaté la présence. Ces ulcérations n'ont pas d'importance réelle. Dans deux cas dont j'ai les observations sous les yeux, elles se sont montrées en dehors des plaques de Peyer, et sans caractères particuliers. Chez un sujet, la présence de tubercules dans les poumons a été bien constatée et a rendu compte de cette altération ; et chez l'autre l'état des poumons n'a malheureusement pas été mentionné.

Les plaques de Peyer n'ont, dans aucun cas, présenté de véritable altération. Tranchant ordinairement, par leur couleur blanche ou grisâtre, sur le fond coloré de l'intestin, elles conservent leur consistance, et bien rarement elles présentent une très légère saillie qui est sans importance.

Comme l'intestin grêle, le gros intestin présente des différences, suivant qu'on l'examine dans sa première, sa deuxième ou sa troisième partie. Plus souvent augmenté de volume que le petit intestin, il contient aussi un peu plus souvent des gaz accumulés. Ces gaz s'y montrent surtout lorsqu'un commencement de réaction a eu lieu, et Magendie a trouvé dans leur présence un signe démontrant que la maladie tendait à s'améliorer. Le volume du gros intestin peut être doublé et même triplé. C'est surtout quand il y a eu du météorisme pendant la vie, et qu'il existe des gaz accumulés après la mort qu'on observe cette dernière augmentation de volume.

Le liquide contenu dans le gros intestin est ordinairement un peu plus épais que celui de l'intestin grêle ; dans un cas cependant le contraire a eu lieu. Le plus souvent coulant presque comme de l'eau, il reste à peu près tel dans toute l'étendue de l'organe. Il est ordinairement trouble, parfois louche, laiteux, grisâtre, et ces colorations se rencontrent principalement dans le premier tiers. Dans le second tiers, il devient, dans un bon nombre de cas, lilas, rosé, livide, lie de vin, parfois verdâtre, et même de couleur chocolat, et enfin, vers le rectum, ces dernières colorations sont plus fréquentes encore. Il ne faut pas croire néanmoins que ces divisions soient rigoureuses, c'est l'aspect général du liquide seulement que j'ai voulu indiquer ; car tantôt on voit la coloration lie de vin, lilas, etc., se montrer partout, tantôt certaines parties seulement présentent les nuances que je viens d'indiquer.

La matière muqueuse décrite à propos de l'intestin grêle se montre moins fréquemment dans le gros intestin. Cependant on trouve assez souvent encore des flocons muqueux, des parcelles semblables à du riz écrasé nageant dans le liquide. Chez un sujet même, il y avait une petite quantité de matière épaisse, d'aspect purulent, qui était très remarquable, car on ne trouvait à ce niveau aucun signe d'inflammation de la muqueuse.

Celle-ci, plus souvent ramollie que celle de l'intestin grêle, l'était surtout dans le premier et dans le second tiers de l'intestin. Tantôt généralement rosée, livide, grise, d'un blanc grisâtre, lilas, violacée, etc., elle était surtout remarquable par les taches qui s'y montraient fréquemment, et qui étaient rouges, violacées, bleuâtres, ressemblant à des ecchymoses, ou d'autres fois comme panachées et ayant l'aspect d'une arborisation assez riche. Dans un cas, ces taches étaient vertes, et dans un autre elles étaient brunâtres. A leur niveau, la muqueuse était

fortement ramollie, et il y avait une odeur gangréneuse fortement prononcée. Des altérations du même genre ont été signalées par quelques auteurs.

C'est surtout dans le gros intestin qu'on peut voir facilement que la coloration est due à l'état du tissu sous-muqueux, et non à la muqueuse elle-même. Dans les cas, en effet, où l'on trouve une teinte rouge ou livide générale, il existe aussi une injection générale du tissu sous-muqueux. Dans le tissu sous-muqueux, au contraire, où il y a des taches semblables à des ecchymoses, on trouve des plaques d'infiltration sanguine correspondantes, et l'existence d'une véritable ecchymose sous-muqueuse se trouve par là constatée. Dans quelques cas, le tissu sous-muqueux est tellement infiltré, qu'il a perdu sa cohésion, et que la membrane muqueuse se détache avec plus de facilité.

J'ai dit plus haut que je parlerais des glandes de Brunner après avoir fait la description du gros intestin. C'est dans l'intestin grêle qu'on les trouve principalement, et la première remarque à faire, c'est que, dans les observations dont je donne l'analyse, jamais les glandes de Brunner ne se sont montrées dans le gros intestin sans qu'il y en eût un nombre plus ou moins considérable dans le petit. Dans quelques cas, ces follicules sont extrêmement abondants et presque confluents dans toute l'étendue des deux intestins. Dans les autres, au contraire, ils se montrent en plus ou moins grande abondance, suivant qu'on examine telle ou telle partie. En général, plus nombreux et plus gros vers la fin de l'iléon et dans le cæcum, ils diminuent de grosseur et de nombre à mesure qu'on s'éloigne de ces deux points. Leur volume varie généralement entre celui d'un grain de semoule et d'un grain de millet; parfois cependant on les trouve plus gros. C'est ainsi que, dans quelques cas rares, ils ont jusqu'à une ligne et une ligne et demie de diamètre.

Suivant M. Dalmas, ces follicules, ainsi développés, ne se montreraient que deux fois sur cinq. Dans les observations que j'ai sous les yeux, leur présence a été notée bien plus souvent, puisqu'elle a été constatée vingt-neuf fois sur trente-quatre cas où on les a recherchés. Mais leur absence dans cinq cas n'en est pas moins une raison suffisante pour qu'on ne regarde pas, avec MM. Nonat, Serres et Cazalas (1), cette éruption comme une lésion essentielle du choléra. La présence de ces follicules n'a été constatée que dix fois dans le gros intestin.

L'œsophage ne présente guère autre chose de notable que le développement, dans un petit nombre de cas, de quelques follicules muqueux, qui sont en général du volume d'une tête d'épingle, et qui se montrent principalement à la partie inférieure de ce conduit. Dans un cas, cependant, toute l'étendue de la muqueuse œsophagienne présentait un degré de ramollissement marqué.

Les glandes mésentériques n'ont rien offert de bien remarquable. Un peu volumineuses dans un petit nombre de cas, ayant parfois une couleur qui variait du rose au livide ou au bleuâtre, elles se sont d'ailleurs toujours montrées avec leur consistance ordinaire, et n'ont jamais été le siége de véritables altérations de structure.

Le foie n'a rien non plus de digne de remarque. Offrant un certain degré de congestion dans un peu plus de la moitié des cas, rarement un peu ramolli, il était

(1) *Moniteur des hôpitaux*, mars et avril 1853.

d'ailleurs sain sous tous les autres rapports. Quant à la vésicule biliaire, elle contient ordinairement un liquide assez abondant, médiocrement épais, d'une couleur qui varie du jaune trouble au vert foncé, et qui a tous les caractères de la bile. Dans un cas, cependant, on trouva dans la vésicule une matière glaireuse semblable au mucus intestinal dont il a déjà été question, matière dont la présence doit être mentionnée ; elle a été également signalée par quelques auteurs, notamment M. Bouillaud, qui a vu dans ces mucosités, existant dans un grand nombre d'organes chez les cholériques, quelque chose de spécifique. Quant à la muqueuse de la vésicule, sauf un certain degré de lividité, elle n'a rien présenté de remarquable.

Dans la rate et le pancréas il n'existait pas de lésions plus dignes de remarque. Parfois un peu de congestion, surtout dans la rate, et un certain degré de ramollissement, telles sont les seules altérations légères que nous ayons à constater.

J'en dirai autant des reins, qui ont toujours conservé leur consistance naturelle et qui n'ont présenté qu'un certain degré d'injection. Cependant, dans quelques cas, on a trouvé dans les calices et les bassinets cette matière muqueuse dont nous avons déjà signalé l'existence dans l'estomac et dans les intestins.

Mais la vessie présente des altérations très importantes. Ordinairement très rétractée, elle n'a guère son volume ordinaire que dans les cas où les sujets sont morts pendant la période de réaction. Dans les autres, son volume ne dépasse pas ordinairement celui d'une poire moyenne, et l'on trouve dans son intérieur, au lieu d'urine, une matière épaisse, blanchâtre, louche, d'apparence huileuse ou crémeuse, ressemblant parfois à un sirop d'orgeat, matière qui n'est évidemment autre chose que du mucus plus ou moins altéré. Dans les cas, au contraire, où la vessie a conservé son volume ordinaire, on y trouve une plus ou moins grande quantité d'urine qui ne présente rien de remarquable. Quant aux parois de cet organe, dans aucun cas on ne les a trouvées véritablement altérées.

On a beaucoup insisté sur les altérations du sang dans le choléra. Tout le monde a décrit l'état de ce liquide, qui, dans tout le système veineux, où il est abondant, le fait ressembler à de la gelée de groseille trop cuite ou à du raisiné ; et quelques auteurs, Dalmas entre autres, ont principalement insisté sur l'état de vacuité dans lequel se trouve le système artériel. Cette dernière assertion, ainsi que l'a fait remarquer M. Gendrin, n'est pas exacte. On trouve toujours, en effet, dans le ventricule gauche du cœur, dans l'aorte et dans les grandes artères, une quantité de sang, peu considérable, il est vrai, mais encore notable. Quoi qu'il en soit, c'est surtout à l'état de plénitude du système veineux qu'on doit les congestions que nous avons vues donner à l'intestin des colorations si remarquables, et que nous retrouverons dans d'autres organes, notamment dans les centres nerveux. Dans quelque point des voies circulatoires qu'on l'examine, le sang se présente avec les mêmes caractères ; il est toujours noir, liquide, présentant seulement une plus ou moins grande quantité de petits caillots noirs et mous. Dans un bon nombre de cas cependant (quatorze sur trente-cinq), on trouve quelques caillots fibrineux, mais ordinairement peu considérables, peu consistants et nullement comparables à ceux qui existent dans les phlegmasies avec violent mouvement fébrile. Ces caillots s'observent le plus souvent dans les deux ventricules à la fois, et se prolongent d'une part dans l'aorte et de l'autre dans l'artère pulmonaire. M. Rayer a

onstaté que le sang des cholériques, exposé à l'air, s'oxygénait plus difficilement ue celui des autres malades, ce qui tiendrait à l'absence des substances salines, ui favorisent, comme on sait, l'oxygénation. Des observations microscopiques ont té faites sur ce liquide. M. Hermann a cru voir les globules déchirés à leur surice. M. Donné, tout en leur trouvant le même aspect que dans l'état sain, leur a econnu un degré de viscosité plus marqué qui les empêche de glisser avec facilité ans le liquide où ils nagent. Enfin M. Capitaine leur a trouvé tous les caractères e l'état normal. Je n'insisterai donc pas sur ce point. Quant à la composition chiaique de ce liquide, qui a beaucoup occupé les médecins et les chimistes, il suffit le dire que la diminution de l'albumine, de la fibrine, des parties constituantes lu sérum, et l'augmentation notable de la matière colorante, sont les principaux aractères qu'il a présentés (1).

L'état du cœur n'a rien offert qu'on puisse rapporter au choléra; ses lésions taient toutes dues à des maladies antérieures. Le péricarde a été trouvé également ain, et contenant assez souvent (huit fois) une quantité de sérosité qui variait le quelques gouttes à 60 grammes. Une seule fois sa surface présentait une légère iscosité, phénomène dont il va être question à propos des plèvres.

On a voulu voir dans l'état des poumons quelque chose de propre au choléra. Le docteur J. Brown dit avoir vu ces organes toujours remplis de sang noir, hépatisés ou splénisés. D'autres médecins, au contraire, ont avancé que les poumons, l'un rouge vif remarquable, mollasses, peu crépitants, ne présentent qu'une très médiocre quantité de sang. Ces assertions sont inexactes ou du moins exagérées. Dans les trente-cinq cas que j'examine, un engouement vers les parties déclives s'est montré seize fois; une véritable hépatisation, caractérisée par la densité, la lourdeur, la coupe grenue de la partie affectée, a existé huit fois, et une splénisation deux fois. Quant à l'aspect rouge vif et aux autres caractères que j'ai indiqués, ils ne se sont montrés que dans cinq cas, dans deux desquels ils n'existaient que dans un point limité des poumons, les autres étant plus ou moins engoués, hépatisés ou splénisés.

Les plèvres, ordinairement humides et sans sérosité accumulée, offrent parfois une viscosité remarquable. Si l'on applique le doigt à leur surface, on enlève, en le retirant, une substance filante comme la glu. Quelques auteurs ont avancé, à tort, que cet état des grandes surfaces séreuses (on le rencontre aussi parfois dans le péritoine) ne manque jamais ou presque jamais dans le choléra.

Le larynx n'a rien présenté de remarquable, si ce n'est dans un cas où l'épiglotte était comme racornie, et dans un autre où cinq ou six taches blanchâtres occupaient cet opercule.

La trachée offrait chez le même sujet des taches semblables, et de plus, chez un petit nombre d'autres, la muqueuse était un peu violacée. M. Bouillaud a trouvé lans les bronches, chez un sujet, une petite quantité de matière muqueuse semblable à celle que nous avons signalée déjà dans plusieurs autres organes.

L'encéphale a été examiné avec un très grand soin dans tous les cas dont je donne l'analyse. Chez plus de la moitié des sujets, on trouve à la surface de la duremère une assez grande abondance de sang qui indique une injection considérable

(1) Voyez toutefois, à ce sujet, les observations de M. Andral, citées plus haut.

Le choléra indien se distingue du *choléra sporadique* aux signes suivants : Dans le premier, les vomissements deviennent presque immédiatement caractéristiques, c'est-à-dire qu'ils sont composés du liquide que nous avons décrit plus haut. Des selles de même nature ne tardent pas à se montrer ; puis survient la coloration bleue qui rend l'erreur impossible. Nous verrons dans la description du choléra sporadique que les vomissements sont d'abord composés de matières alimentaires, puis âcres et bilieuses, que les selles présentent les mêmes caractères, et que la face devient pâle ou verdâtre, mais non bleue, comme dans le choléra indien. Les autres symptômes sont communs aux deux maladies ; mais dans le choléra asiatique ils sont en général bien plus violents. Les crampes, en particulier, sont plus fortes et plus persistantes, et la suppression d'urine plus complète.

Quant aux *empoisonnements*, on sait que, dans presque tous les pays, on a cru d'abord que la maladie était causée par l'ingestion d'agents toxiques ; mais partout cette croyance, née de l'ignorance et de la peur, a été bientôt abandonnée. Dans les empoisonnements violents, les vomissements et les selles n'ont jamais l'aspect caractéristique de ceux du choléra : c'est la douleur gastro-intestinale qui prédomine ; elle est ordinairement assez vive, tandis que dans le choléra indien nous avons vu les malades se plaindre presque exclusivement des crampes. Enfin la coloration bleuâtre lève tous les doutes.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs du choléra-morbus épidémique et du choléra-morbus sporadique.*

CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE.	CHOLÉRA SPORADIQUE.
Vomissements composés d'un liquide trouble floconneux.	*Vomissements* d'abord alimentaires, puis bilieux.
Selles semblables à une *forte décoction de riz* avec des fragments ressemblant à du riz écrasé en suspension.	*Selles* présentant les mêmes caractères.
Couleur bleue de la peau.	*Pâleur ou couleur jaune verdâtre* de la face.
Les autres *symptômes* plus violents et plus persistants.	Les autres *symptômes* généralement moins violents.

2° *Signes distinctifs du choléra-morbus épidémique et des empoisonnements violents.*

CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE.	EMPOISONNEMENTS.
Vomissements et selles caractéristiques.	*Vomissements* alimentaires bilieux et *selles* bilieuses ou âcres.
Douleur principalement causée par les *crampes.*	*Douleur* causée principalement par l'*inflammation gastro-intestinale.*
Cyanose.	Pas de *cyanose.*

Pronostic. — Il est facile, d'après ce qui a été dit plus haut, d'établir le pronostic de cette maladie. Il est inutile de dire que c'est une des affections les plus graves ; même dans les cas qui s'annoncent d'abord par des symptômes peu violents, on doit redouter une terminaison funeste. C'est au commencement des épidémies et des recrudescences que cette terminaison est généralement le plus à craindre. Il

pas toutefois accorder à cette règle une trop grande valeur. L'épidémie
est venue, sous ce rapport, confondre toutes les prévisions de la science.
ue la maladie a été bénigne d'abord, et que cette bénignité s'est prolongée
ps, beaucoup de médecins, imbus de cette opinion que la plus grande vio-
une épidémie a lieu à son début, ont cru pouvoir déduire que celle de 1849
t pas grave. L'événement a prouvé combien ce pronostic était erroné, et a
n cruel démenti à une des lois les plus généralement admises en pathologie.
avité de la maladie est grande surtout dans le cours de la période algide; et
cette période, le pouls devient insensible, si les selles sont involontaires,
un assoupissement profond avec immobilité complète, si la peau n'est plus
aux pincements, on doit s'attendre à une mort prochaine. Dans la période
tion, qui se termine le plus souvent par la guérison, l'extrême violence des
mes annonce seule une grande gravité de la maladie. Telle était, du moins,
lusion qu'on pouvait tirer de ce qui s'était passé dans la première épidémie.
seconde a prouvé qu'il fallait modifier un peu ces propositions; car la pro-
de la mortalité, dans cette période de réaction, a été bien plus considérable
1832. Ainsi, ne nous hâtons jamais d'établir des lois quand il s'agit d'épi-

nt à la gravité de la maladie suivant l'âge du sujet, M. le docteur Duchesne (1)
fourni sur ce point des renseignements intéressants. Voici les faits qu'il a
:

Sur 154 décès parmi des enfants..................	de 0 à 15 ans.
— 115 ont eu lieu	de 0 à 5 ans.
dont 83..................................	de 1 à 5 ans.

rement dit, la première enfance (1 à 5 ans) a compté 148 décès sur 1000
lus; la seconde (5 à 15 ans) n'en a compté que 50 sur 1000; mais à partir
ans, le chiffre de la mortalité s'élève graduellement.

de 15 à 30 ans M. Duchesne a noté..........	177	morts sur 1000.
de 30 à 45...........................	254	—
de 45 à 60...........................	206	—
de 60 à 85 il n'y a plus que...............	162	—

sorte que, d'après ces faits, ce serait dans l'âge adulte qu'en définitive se
rait la plus grande gravité de cette affection.

§ VII. — Traitement.

premier embarras qu'on éprouve quand on cherche à exposer le traitement
léra-morbus épidémique, est de faire un choix au milieu des innombrables
tions qui ont été préconisées par les divers auteurs. Chacun, espérant trouver
yens qui convenaient le mieux dans cette redoutable maladie, a eu recours à
e substance particulière, et il en est résulté une très grande confusion. Ce
rait, en effet, important de savoir, c'est si un mode de traitement a une
rité réelle sur tous les autres. Or, dans leur jugement, les auteurs ont

Histoire statistique du choléra-morbus dans le XI[e] arrondissement, épidémie de 1849.
1851.

presque toujours négligé de comparer les résultats de leur médication avec ceux des médications différentes, et, d'un autre côté, la nature de leurs recherches ne nous présentant le plus souvent que des groupes de faits isolés, cette comparaison est très difficile et le plus souvent même impossible. Le médecin qui veut se faire une idée de la valeur de tel ou tel traitement, se trouve par conséquent arrêté à chaque pas par le doute. Dans les épidémies aussi violentes que celles qui ont sévi sur l'Europe, il eût été difficile sans doute d'instituer une série d'expériences bien entendues qui auraient pu conduire à un résultat positif; mais la chose n'eût pas été impossible. Si, au lieu d'agir chacun de leur côté, les médecins eussent consenti à mettre en œuvre un certain nombre de médications toujours les mêmes, on ne serait pas probablement aujourd'hui dans une aussi grande incertitude, et les relevés d'un grand nombre de faits fourniraient matière à des conclusions bien plus rigoureuses que celles que nous pouvons poser dans l'état actuel de la science.

On ne s'attend pas certainement à ce que je cherche à reproduire toutes les médications mises en usage. Exposer les principales et me borner à mentionner un certain nombre de celles qui ont été simplement préconisées par des auteurs isolés, telle est la tâche que je dois m'imposer ici.

TRAITEMENT DE LA PÉRIODE ALGIDE.

Émissions sanguines. — Les émissions sanguines ont été recommandées par un grand nombre d'auteurs et dans toutes les périodes du choléra. Parfois on a mis en usage la *saignée générale*. Parmi ceux qui l'ont le plus vantée, nous trouvons Blumenthal (1), MM. Cafarelli, Fallot, Récamier (2), Kerckhove (3), et principalement Broussais, qui cependant avait bien plus souvent encore recours à l'application des sangsues. Quelle est l'efficacité réelle de ce moyen ? C'est ce qu'il est très difficile de dire. Cependant, d'après les faits connus, on peut assurer que, dans la période algide, il n'a pas de résultats heureux bien constatés. Dans la période de réaction, au contraire, on l'a vu enlever avec promptitude la céphalalgie, ramener le calme, produire, en un mot, une amélioration notable. Les mêmes réflexions s'appliquent à l'emploi des *sangsues*, qui cependant ont été, comme je viens de le dire, bien plus vivement préconisées. Déjà M. Gravier (4) avait dit avoir obtenu de très bons résultats de leur application, lorsque ce moyen fut conseillé vivement, dans l'épidémie de 1832, par Broussais, Honoré, MM. Bouillaud, Gendrin, etc. C'est surtout pour faire cesser les douleurs vives à la région épigastrique qu'on les a mises en usage, et quelquefois, en effet, on y a réussi; mais on n'a pas vu ce moyen arrêter réellement la marche de la maladie, au moins dans la période algide. Dans la période de réaction, au contraire, l'amélioration a été la même que celle qui a suivi l'emploi de la saignée. Les ventouses scarifiées, qui n'ont pas été ordinairement employées en France dans cette maladie, auraient sans doute le même résultat.

1° Médication interne.

Excitants internes. — Parmi les excitants donnés à l'intérieur, nous trouvons

(1) *Rust Mag.*, 1831.
(2) *Gazette médicale*, août et octobre 1831.
(3) *Cons. sur la nat. et le traitem. du choléra.* Anvers, 1833.
(4) *Ann. de la méd. phys.*, 1827.

'abord les *alcooliques*. C'est surtout Magendie qui, en France, a préconisé, dans s premiers temps de l'épidémie de 1832, les spiritueux. Mais un grand nombre 'autres médecins les ont également employés. Dans la période algide, Magendie rescrivait d'abord plusieurs verres de *punch à l'alcool*, à une température aussi levée que le malade pouvait le supporter ; puis, dans la journée, il administrait ar cuillerées, et à des intervalles assez rapprochés, du *vin chaud* avec quelques romates, du vin de Malaga. etc. Plus tard, ce médecin a remplacé les alcooliques ar d'autres excitants dont il sera fait mention plus loin. Le vin de Malaga, et l'autres vins de ce genre, ont été surtout prescrits par les autres praticiens.

Les *préparations ammoniacales* sont ensuite, parmi les excitants internes, particulièrement recommandées ; elles font partie d'un grand nombre de potions regardées comme propres à combattre la période algide. Celle qui était prescrite par Magendie était ainsi formulée :

℞ Infusion de camomille.....	2 kilogr.	Sucre.................	500 gram.
Acétate d'ammoniaque....	60 gram.		

M. Andral faisait entrer l'acétate d'ammoniaque dans la potion suivante :

℞ Potion gommeuse.....	120 gram.	Éther sulfurique...........	20 gouttes.
Acétate d'ammoniaque..	4 gram.	Camphre................	1 gram.
Sulfate de quinine.....	0,75 gram.		

Le *carbonate d'ammoniaque* a été également mis en usage. Baum recommande de le donner à la dose de 0gr,25 à 0gr,40 toutes les deux heures. Le docteur Eisenmann avait adopté ce traitement (1).

L'*ammoniaque caustique* et la *liqueur d'ammoniaque anisée* dont voici la composition :

Alcool ammoniacal........	90 gram.	Huile essentielle d'anis......	6 gram.

ont été également administrées. Le docteur Steffen (2) recommandait de donner l'ammoniaque à la dose de 15 à 20 gouttes dans une décoction de gruau ; et, quant à la potion ammoniacale anisée, voici quelle était la formule du docteur Strohmeyer, qui l'a principalement préconisée :

℞ Liqueur ammoniacale anisée..............	} ââ parties égales.
Teinture de valériane éthérée.............	}
Huile de menthe poivrée..................	}

Dose : vingt gouttes toutes les heures.

Suivant M. Strohmeyer, ce remède était supporté quand on était obligé d'abandonner tous les autres, et la réaction se produisait promptement sous son influence. D'autres préparations ammoniacales ont été également prescrites ; mais il serait trop long de les énumérer.

(1) *Berliner Chol. Zeit.*, 1832.
(2) *Archives générales de médecine*, 1831.

M. le docteur Jaenichen (1) a employé le *chlore liquide* de la manière suivante :

℞ Chlore liquide.............. 60 gram. | Eau distillée............... 60 gram.
A prendre par cuillerée toutes les deux heures.

Cette potion était administrée pour combattre la céphalalgie et les vertiges.

Parmi les autres excitants internes qui ont été vantés par les médecins, je citerai principalement la *décoction d'arnica*, recommandée par les docteurs Breitenbücher (2), Rœser et Reider (3), qui l'ont employée habituellement dans la période algide du choléra.

L'*essence de menthe* (30 à 40 gouttes dans du thé), l'*huile de naphte* (10 à 20 gouttes), ont été également administrées et vantées. Quelle est la valeur réelle de ces médicaments? c'est ce que l'on ne saurait dire quand on veut des preuves suffisantes.

Le *café* a été aussi mis en usage; en un mot, on a eu recours à toutes les substances qui, promptement absorbées, pouvaient aller réveiller la circulation.

Antispasmodiques. — Il est rare que l'on n'ait pas employé des antispasmodiques dans une affection où les symptômes nerveux sont si violents; aussi la liste de ces médicaments est-elle longue et variée. Le *sous-nitrate de bismuth*, prescrit par Biett (4), par le docteur Lefèvre, qui l'administrait à la dose de 0gr,10 à 0gr,15 toutes les deux heures, et par plusieurs autres médecins, a été donné en vue d'apaiser les vomissements et les crampes.

Le *musc*, opposé principalement à ce dernier symptôme, était donné par le docteur Nissen à la dose de 0gr,25 à 0gr,50, et le docteur Ewert le prescrit à la dose de 0gr,05 toutes les heures.

Le *castoréum*, la *teinture de valériane*, l'*esprit de corne de cerf*, l'*oxyde de zinc*, l'*eau distillée de laurier-cerise*, etc., ont été également mis en usage; mais c'est surtout l'*éther* qui a été donné comme antispasmodique, tantôt seul, tantôt uni à d'autres médicaments; il a été administré par presque tous les médecins. On le donne à la dose de 1 à 2 ou 4 grammes par jour dans une infusion de tilleul. La potion suivante, dont la formule est empruntée au docteur Schæfer, fera connaître quelques-uns de ces antispasmodiques, et la dose à laquelle on les a élevés :

℞ Teinture de castoréum .... } ãã 4 gram. | Esprit de corne de cerf succiné. } ãã 4 gram.
Teint. de valériane éthérée . } | Teinture d'opium........... }
A prendre par cuillerée à café toutes les heures ou toutes les deux heures.

Il n'est pas jusqu'à l'*acide prussique* qui n'ait été mis en usage, et le docteur Anderson (5) le prescrit particulièrement.

M. Fauvel a envoyé à l'Académie de médecine (6) une plante qui a une très grande réputation en Orient : c'est le *Stachys anatolica* (*Teucrium polium*, L.),

(1) Voy. Contour, *Coup d'œil sur le traitement du choléra*, etc. (*Bull. de thér.*, 15 juin 1849).
(2) *Allgem. med. Zeitung*, 1832.
(3) *Græfe und Walter's Journ.*
(4) *Arch. gén. de méd.*, 1832.
(5) *An account of cholera-morbus*. London, 1819.
(6) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1849, t. XIV, p. 627, 662.

pas à élever la dose du laudanum à 2 et même 4 grammes, lorsque les alvines et les vomissements étaient incessants. Il faut, en général, faire une quantité considérable de ce médicament, pour qu'il agisse dans une aussi violente; un petit lavement d'eau de guimauve ou de graine de lin, tion de 1 gramme de laudanum, doit être donné deux ou trois fois par ant la violence des symptômes. Quelques auteurs ont pensé qu'il y avait :, en employant le médicament à cette dose, que l'action bien connue des ns opiacées sur le système nerveux, et en particulier sur l'encéphale, ne indre aux efforts de réaction, et ne les portât à un degré tel, que les indiraient nécessairement succomber dans cette période, devenue beaucoup nte. Il résulte des observations mêmes de M. Louis que ces craintes étaient . Je vois, en effet, dans ces observations, que la réaction a manqué com: dans la majorité des cas de guérison; que, dans ceux où elle s'est mon: n'a pas été plus violente que dans des cas où les excitants et les antiques ont été seuls administrés, et qu'enfin le nombre des morts, pendant e de réaction, a été peu considérable.

nseil général de santé d'Angleterre (1) recommande la *confection d'opium*, :i la formule :

m brut	24 gram.	Carvi	90 gram.
e long	30 gram.	Gomme adragante	8 gram.
embre	60 gram.		

z ces substances en poudre, et incorporez-les, au moment du besoin, dans :

Sirop simple chaud .... 400 gram.

un gramme dans deux cuillerées à bouche d'eau de menthe ou dans un peu d'eau-utes les trois ou quatre heures.

préparation, dans laquelle l'opium est uni à des substances excitantes,

Les *astringents* ont aussi été mis en usage par un bon nombre de médecins. Dupuytren essaya tout d'abord l'*acétate de plomb*, qui ne produisit pas des résultats très satisfaisants. D'autres praticiens ont eu principalement recours à l'*extrait de ratanhia*. M. Rayer, en particulier, fait entrer ce médicament dans les boissons du malade aussi bien que dans les lavements. Une décoction de ratanhia pour tisane; 4 ou 5 grammes de ratanhia dans une potion éthérée et laudanisée; 8 ou 10 grammes dans un lavement, sont des doses qui peuvent être prescrites, et que l'on peut facilement dépasser.

Les *toniques* ont dû être conseillés dans une affection où les forces sont si abattues. Cependant, comme on a attribué naturellement cet abattement des forces au trouble du système nerveux, c'est rarement à la médication tonique qu'on a eu recours. La *décoction de quinquina*, les *lavements de quinquina*, et principalement le *sulfate de quinine*, sont les médicaments de ce genre qui ont été mis en usage. Nous avons vu plus haut que M. Andral faisait entrer cette dernière substance dans la potion que nous avons citée. Græfe et plusieurs autres auteurs ont insisté beaucoup sur son administration. C'est à la dose de 1, 2 ou 3 grammes que le sulfate de quinine doit être donné, soit par la bouche, soit par le rectum. Toutefois on devra surveiller les accidents que pourrait occasionner cette substance, surtout lorsqu'elle est donnée dans une petite quantité de véhicule.

Récamier (1) prescrit le *sulfate de quinine* dans la période de réaction à laquelle il donne le nom d'*accès fébrile*, et conseille de choisir pour l'administration de ce médicament la rémission fébrile plus ou moins complète et fugace. Aucun fait bien évident n'est venu à l'appui de cette théorie.

Vomitifs, purgatifs. — Il paraîtra sans doute étonnant qu'on ait eu l'idée d'administrer des vomitifs ou des purgatifs dans une affection où les déjections alvines et les vomissements sont si abondants, et cependant quelques auteurs, parmi lesquels il faut citer les docteurs Boeckh (2), Hierlaender, Laloy (de Belleville) (3), et plusieurs autres médecins, surtout en Allemagne, ont pensé qu'il serait utile de provoquer les vomissements. M. Hierlaender (4) prescrivait ainsi le *tartre stibié* :

℞ Tartre stibié........................ 0,10 à 0,60 gram.

Faites dissoudre dans :

Eau distillée................................ 240 gram.

Dose : une, deux ou trois cuillerées à bouche tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures.

Quant aux *purgatifs*, ils ont été recommandés par Bonnet (5), qui administrait le *sulfate de soude* à la dose de 45 grammes; par le docteur Henderson, qui ordonnait des doses considérables d'*huile de ricin*, et par plusieurs autres praticiens, qui ont mis en usage des purgatifs de diverses espèces. Il est impossible de se faire une juste idée, d'après les écrits des auteurs, de l'action des vomitifs et des

(1) *Recherches sur la conduite à tenir*, etc. Paris, 1849.
(2) *De cura choler. ind. in Europa*, 1831.
(3) *Arch. gén. de méd.*, octobre 1849.
(4) *Salzb. medic. chir. Zeit.*, 1831.
(5) *Arch. gén. de méd.*, avril 1832, t. XXVIII, p. 544.

urgatifs sur la marche de la maladie, et rien ne prouve que ces médicaments aient réellement le degré d'efficacité qu'on a voulu leur attribuer. Il faudrait, pour l'on pût conseiller une médication qui paraît aussi peu appropriée aux principaux symptômes du choléra, avoir un nombre considérable de faits bien analysés qui nt en démontrer l'efficacité.

Dans la dernière épidémie de choléra, on a beaucoup employé les *vomitifs* et s *purgatifs* au début de l'affection, et principalement pour combattre la diarrhée itiale. Les vomitifs ont surtout eu une grande vogue, et parmi eux on a eu particulièrement recours à l'*ipécacuanha*. M. le docteur Escallier (1) a exposé les vantages de cette méthode dans un mémoire fort bien fait et où il a cité un bon nombre de cas heureux. On est convaincu, après avoir lu ce travail, que le plus souvent les vomitifs ont un effet très heureux, et cependant je ne saurais les conseiller. M. Escallier n'a pas vu de cas malheureux, et pourtant il y en a eu. Pour a part j'en connais cinq : deux que j'ai observés dans mon service à l'hôpital Sainte-Marguerite, un que j'ai vu en ville, un quatrième dont Sestier a été témoin, et un cinquième mentionné par M. Blatin (2). Ces cas sont rares, il est vrai, t c'est ce qui explique comment un médecin peut n'en avoir pas rencontré, même ans une pratique assez étendue; mais je demande si, quelque faible que soit la hance, on voudrait s'exposer à la courir, lorsqu'on a de très bons moyens pour tteindre le but sans aucun danger, comme on a vu qu'on pouvait y parvenir à 'aide du laudanum de Sydenham pris par la bouche, à doses fractionnées. Dans rois des cas que j'ai mentionnés, les vomissements, faibles ou nuls avant l'administration de l'ipécacuanha, sont devenus incoercibles, et dans le quatrième, 30 grammes d'huile de ricin ont provoqué une diarrhée des plus abondantes, bientôt suivie de tous les symptômes d'un choléra mortel.

Préparations alcalines. — Nous avons vu plus haut que ce qui avait été principalement remarqué dans le sang des cholériques, c'était la grande diminution les principes alcalins du sang : aussi ne devons-nous pas nous étonner de voir que es préparations alcalines ont été prescrites par un grand nombre de médecins. M. Davier (3) faisait prendre toutes les demi-heures le mélange suivant :

℞ Carbonate de soude.......	2 gram.	Chlorate de potasse......	0,30 gram.
Hydrochlorate de soude...	0,65 gram.		

M. Stevens (4), qui a le premier eu recours à la médication saline, donnait toutes es demi-heures, ou toutes les heures, suivant la gravité, la poudre suivante :

℞ Chlorure de sodium......	1,25 gram.	Chlorate de potasse......	0,35 gram.
Bicarbonate de soude.....	2 gram.		

Quant à M. Ockel, il se contentait de faire prendre aux cholériques une solution concentrée de *sel ordinaire*; mais ce remède, ainsi administré, inspire souvent une grande répugnance aux malades. Enfin d'autres médecins se sont bornés

(1) *Union médicale*, août 1849.
(2) *Choléra déterminé par l'administration du kermès* (*Union médicale*, 3 avril 1849).
(3) *Gazette médicale*, septembre 1832.
(4) *Union médicale*, 3 avril 1849.

à ordonner l'*eau de chaux*. M. le docteur Lemazurier (1) portait les solutions alcalines dans le rectum, sous forme d'une forte solution d'*hydrochlorate de soude*.

M. Baudrimont (2) a rapporté des cas où les sujets, jetés dans l'état le plus grave, ont été promptement soulagés et guéris par l'usage du *bicarbonate de soude* à la dose de 4 à 8 grammes par litre de tilleul chaud. Ce médecin rapporte que, dans la commune de Giraumont, il y avait eu, au 8 octobre, quarante et un cas de choléra ; que dix-huit, ayant été traités par divers moyens, étaient tous morts, et que vingt-trois, traités par le bicarbonate de soude, avaient *tous guéri*. Je me contente de faire remarquer ce que cette mort constante aussi bien que cette guérison infaillible ont d'extraordinaire.

Dans la dernière épidémie, M. Gavin-Milroy (3) a appelé l'attention des médecins sur le sel marin pris par la bouche à la dose d'une cuillerée à café dans une tasse d'eau, et en lavements à une dose double ou triple. D'autres médecins, et en particulier M. Oulmont (4), ont employé cette médication ; mais, après en avoir espéré beaucoup, ils ont été forcés de l'abandonner.

M. Moissenet donnait la potion suivante :

℞ Chlorure de sodium.......	12 gram.	Sirop diacode............	40 gram.
Eau de menthe..........	125 gram.		

A prendre par cuillerée de demi-heure en demi-heure.

Ce médecin prescrivait en même temps un lavement avec 2 grammes de chlorure de sodium et 1 gramme de laudanum.

Rien ne prouve que les alcalins aient eu les effets merveilleux qu'on leur a attribués.

Injections alcalines. — Mais ce fut l'introduction directe des solutions alcalines dans le torrent de la circulation qui attira le plus l'attention. Le docteur Latta, se fondant sur les expériences chimiques du docteur O'Shaughnessy, s'était contenté d'abord de chercher à y remédier par des boissons et des lavements alcalins ; mais, ayant vu qu'il ne réussissait pas par ce moyen, il eut la première idée de ces injections. Voici, d'après une lettre écrite par lui au secrétaire du conseil central de santé, comment il pratiquait cette opération :

Il dissolvait 8 à 12 grammes d'*hydrochlorate de soude* et 2^{gr},50 de *sous-carbonate de soude* dans 3000 grammes d'eau ; puis il les introduisait peu à peu dans les veines à la température de 112 degrés Fahrenheit. Il a remarqué que, plus froide, l'injection causait une sensation de froid extrême et des frissons violents. Plus chaude seulement de trois degrés, elle excitait subitement le cœur ; la face devenait très animée, et le malade se plaignait d'une grande faiblesse. Lorsque l'injection était faite à la température que nous avons indiquée plus haut, le malade ne sentait d'abord rien ; mais bientôt il éprouvait une sensation de chaleur, et des phénomènes semblables à ceux de la réaction ne tardaient pas à se manifester.

D'après M. Latta, il ne faut pas, lorsque cet effet est produit, regarder le malade comme guéri ; mais il faut le traiter par de doux stimulants, afin que l'état algide

(1) *Gazette médicale*, novembre 1835.
(2) *Union médicale*, 24 mars 1849.
(3) *Union méd.*, 24 mars 1849.
(4) *Union méd.*, 29 mars 1849.

ne reparaisse pas. Chez des sujets qui avaient paru parfaitement guéris, on a vu, en peu d'heures, les symptômes les plus violents se reproduire, et être suivis d'une mort prompte. Lorsque les symptômes de l'état algide reparaissent, il ne faut pas hésiter à renouveler l'injection. Le docteur Craigie (de Leith) a cité quelques faits de guérison par le même moyen. Il en est de même du docteur Lewins et de quelques autres.

M. Warwinski (1) a injecté trois fois de 1500 à 3000 grammes d'une solution alcaline dans les veines. Les garderobes augmentèrent; néanmoins il parut y avoir un peu d'amélioration passagère, mais la terminaison fut fatale.

Si maintenant nous voulons apprécier l'influence réelle de cette médication, nous nous trouverons fort embarrassés. Le nombre des cas dans lesquels l'injection a été pratiquée est peu considérable, et par conséquent le nombre des succès et des insuccès n'est pas suffisant pour qu'on puisse établir une proportion dans laquelle on doive avoir une grande confiance. Cependant il faut dire que les docteurs Latta, Lewins et Craigie ont cité des faits fort intéressants, puisque des sujets évidemment près de succomber ont été ranimés presque immédiatement et ont assez promptement guéri. Quelques-uns, comme M. Craigie, veulent que l'effet des injections soit aidé par l'usage interne des préparations alcalines, et d'autres, avec M. Latta, les bannissent du traitement, parce qu'elles leur ont paru avoir de fâcheux effets sur les vomissements et les déjections alvines.

Acides. — Le docteur Sponer (2) recommande vivement l'acide nitrique dilué. Sur soixante-seize cas de choléra, sept seulement ont succombé. Il prescrit ce médicament sous la forme suivante :

℞ Décoction concentrée de racine de salep	180 gram.	Eau de mélisse	60 gram.
Acide nitrique dilué	2 à 4 gram.	Sirop de pavot blanc	30 gram.

Une cuillerée à soupe toutes les cinq ou dix minutes, plus tard toutes les demi-heures, puis toutes les heures. Après la disparition des symptômes il continue le médicament pendant un jour, toutes les 2 ou 3 heures.

Nitrate d'argent. — M. Emmanuel Lévy (3), dans un travail intitulé : *Cure du choléra par le nitrate d'argent*, cite 82 cas de guérison sur 132 cholériques avec cyanose, par l'emploi de ce médicament qu'il administre à la dose de 1/8e de grain, dans une solution d'eau distillée tous les quarts d'heure, puis toutes les demi-heures. M. le docteur Barth (4), ayant vu à la Salpêtrière les principales médications rester sans résultat dans une très grande majorité des cas, eut recours au *nitrate d'argent* donné à la dose de 5 centigrammes dans une potion, et de 25 centigrammes dans un petit lavement. Ce traitement était continué pendant trois ou quatre jours. Sur cinquante-trois malades ainsi traités, il y a eu vingt-sept guérisons. Ce résultat ne paraît pas très avantageux au premier abord, mais M. Barth a démontré par l'analyse des faits et par la comparaison qu'il a faite de ce résultat avec celui qu'on obtenait à la Salpêtrière par les autres traitements, qu'il est réel-

(1) Voy. Contour, *Coup d'œil*, etc. (*Bulletin de thérap.*, 15 juin 1849).

(2) *Medicinische Zeitung*, et *Journ. des conn. méd.-chir.*, 15 janvier 1850.

(3) *Compte rendu des séances de la Soc. méd. des hôpit.*, 9 janvier 1849 (*Union médicale*, 9 février 1850).

(4) *Arch. gén. de méd.*, 1849.

lement très favorable à l'efficacité du nitrate d'argent. Ces faits n'ayant été bien connus que lorsque l'épidémie était finie, les autres médecins de Paris n'ont pas pu expérimenter cette médication d'une manière suivie.

Eau froide, glace. — J'ai dit, dans la description des symptômes, que les malades n'avaient pas un aussi grand désir des boissons froides, ou du moins que ce désir n'était pas aussi constant que plusieurs médecins l'ont avancé. Cependant quelques-uns ont tiré de cette prétendue appétence la conséquence que les boissons froides, et l'eau en particulier, devaient avoir un résultat avantageux. Ils ont été, en outre, portés à employer ce moyen par l'idée que les boissons froides calmeraient les vomissements. Le docteur Berres (1) préconise l'eau froide à l'intérieur. Müller (2) et Gilkrest administraient cette boisson en grande abondance. M. Peyron allait jusqu'à en faire boire quinze et même vingt litres en vingt-quatre heures. D'autres médecins se sont contentés de faire fondre dans la bouche des fragments de *glace*, ou bien d'en faire avaler une petite quantité, comme le conseille M. Louis.

La *méthode hydrothérapique* a été employée dans la dernière épidémie de Pologne et s'est montrée inefficace (3).

Telles sont les principales médications internes qui ont été mises en usage dans les deux grandes épidémies qui ont désolé l'Europe. Disons maintenant un mot de l'administration de quelques autres substances employées par des médecins isolés, et qui sont loin d'avoir pour elles une expérience suffisante. Pendant un moment on a beaucoup vanté l'*huile de cajeput*, dont on fait usage depuis longtemps dans l'Inde, mais ce médicament a été assez promptement abandonné. Bremer (4) l'administrait ainsi qu'il suit :

℞ Huile de cajeput	âà parties égales.
Teinture de valériane éthérée	
Esprit de corne de cerf succiné	

Dose : d'abord trente gouttes, puis quinze gouttes, au bout d'une demi-heure ou d'une heure ; puis éloigner les doses, et donner quinze gouttes de la potion de trois heures en trois heures.

M. Strebel a donné l'huile de cajeput seule à la dose de quarante gouttes par jour.

Ces médecins assurent avoir guéri par ce moyen les deux tiers des cholériques le plus violemment atteints. Ces résultats n'ont pas été confirmés par les autres praticiens.

M. le docteur Cabaret (5) conseille le *soufre sublimé* à la dose de 1 gramme tous les quarts d'heure, mais il ne cite qu'une observation à l'appui.

Chloroforme. — M. le docteur Brady (6) préconise l'emploi du *chloroforme* qu'il donne ainsi qu'il suit :

℞ Huile de ricin	12 gram.	Teinture d'opium	20 gouttes.
Chloroforme	6 goutt.	Eau de menthe	45 gram.

A prendre en trois fois et tous les quarts d'heure.

(1) *Erf. über die Kalte in Krank.* Berlin, 1833.
(2) *Gazette médicale*, 1832.
(3) *Rapport sur le choléra épidémique qui sévit en Pologne*, par le docteur Tschetgri (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, Paris, 1852, t. XVIII, p. 193).
(4) *Arch. gén. de méd.*, 1831.
(5) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1er janvier 1850.
(6) *Union médicale*, 24 mars 1849.

Si cette potion est insuffisante, M. Brady en donne une seconde, ainsi composée :

℞ Chloroforme............	8 gouttes.	Eau....................	60 gram.
Sirop de vin............	12 gram.		

Enfin, dans quelques cas, il élève la dose jusqu'à quinze et vingt gouttes en une demi-heure ou trois quarts d'heure dans une espèce de grog.

M. Brady donnant en même temps un purgatif, un narcotique, un excitant et un anesthésique, médicaments qui ont tous leur action, comment savoir si c'est au dernier médicament qu'il faut rapporter les bons effets de la préparation ?

M. le docteur Hill (1) a pratiqué les *inhalations de chloroforme*, même dans la période algide. Il a rapporté au début quelques cas favorables; mais ces bons résultats ont-ils persisté? M. Vernois (2) a administré la même substance à l'intérieur.

M. Devergie a proposé, contre le choléra, la décoction et la pulpe de *truffe*. Malgré la publication de quelques faits heureux, ce médicament n'a généralement pas été adopté.

M. le docteur Andreïwsky (3) administrait l'*huile de pétrole* ou de *naphte*, à la dose de six, douze, et même quinze gouttes, dans un peu d'eau-de-vie, ou une infusion aromatique, contre les diarrhées initiales. Suivant M. Contour, ce moyen avait un grand succès.

M. Michel, d'Avignon (4), vante les bons effets de l'*ail* donné en *infusion* préparée avec quelques gousses, appliqué sous forme de *cataplasmes*, ou enfin en *frictions*. Pour l'application externe, on pile dans un mortier quelques gousses d'ail avec addition de 50 à 60 centigrammes d'*encens*. Cette médication doit être très difficile à supporter pour bien des malades.

M. le docteur Willemin (5) a cité un certain nombre de cas observés au Caire, et desquels il conclut que le *haschisch*, principe actif du *Cannabis indica*, est un remède souverain. Il administrait ce médicament sous la forme de teinture alcoolique à la dose de dix à vingt gouttes par jour, dix gouttes contenant 5 centigrammes de principe actif du *cannabis*. Les faits observés à la Salpêtrière, dans la dernière épidémie, n'ayant été nullement favorables à l'action de ce médicament, on doit regarder les cas de guérison cités par M. Willemin comme des coïncidences.

La *noix vomique* et la *strychnine* ont été également mises en usage. Récamier associait la noix vomique à la racine d'arnica, dans le but d'arrêter la diarrhée, et le docteur Wagner (6) voulait qu'on donnât l'extrait de noix vomique à la dose de 3 à 5 centigrammes d'heure en heure.

M. le docteur Maxwell (7) a beaucoup vanté le *natron carbonique ;* mais il le donne associé à une dose considérable d'opium et à des purgatifs. Que conclure de ses observations?

(1) *Union médicale*, 27 mars 1849.
(2) *Union médicale*, 19 mai 1849.
(3) Voy. Contour, *Coup d'œil sur le traitem. du choléra asiat., qui a régné en Russie pendant les années* 1846-47 *et* 48 (*Bulletin gén. de thérap.*, mai 1849).
(4) *Bulletin gén. de thérap.*, mai 1849.
(5) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. XIV, p. 137.
(6) *Medic. pract. Abh. über die asiat. Chol.* Prag., 1834.
(7) Voy. *Lettre à M. Liebig* (*Union médicale*, 30 octobre 1849).

Dans [illegible] le *trichlorure de carbone* qu'on [illegible] médicament n'a pas tardé à être abandonné.

M[illegible] — [illegible] *de bois* ou *magnésie noire* [illegible] M. [illegible] Savard : le *vinaigre* (M. Desrivières); [illegible] M. [illegible] : le *plantain* (id.); le *protoxyde* [illegible] (3) ; la *teinture de scille*, l'*huile* [illegible] presque toutes les substances dont dispose la thérapeutique. [illegible] pas davantage sur ces derniers remèdes, parce que rien ne prouve qu'ils aient eu un degré d'efficacité réel.

Des expériences récentes tendent à ruiner toutes les espérances de la thérapeutique. Les médicaments ne seraient pas absorbés pendant la *période algide!* Et, dès lors, que penser de l'efficacité de tous ces médicaments *internes* employés contre le choléra? Il faudrait alors ne compter que sur la médication existante externe. La question est encore pendante.

2° Médication externe.

Les premiers moyens qui se présentent dans cette médication sont, sans contredit, les excitants de toute espèce. Il n'est presque pas un seul médecin qui se soit cru dispensé d'en faire usage, et le refroidissement extrême qui a lieu dans un si grand nombre de cas de choléra épidémique nous explique cette unanimité. De tous les excitants externes, la *chaleur* est le plus facile à employer et peut-être aussi le plus utile. Aussi s'est-on empressé d'envelopper les malades dans des *couvertures chaudes* et d'approcher de leurs extrémités des boules remplies d'*eau à une température élevée*.

M. le docteur Meurtdefroy (4) a employé, pour le réchauffement des cholériques, la *chaux vive enveloppée de linges mouillés* et appliquée près du corps du malade, moyen déjà mis en usage pour d'autres maladies, par M. Serres (d'Alais).

M. Blatin a imaginé un appareil qui consiste dans une lampe à l'alcool, entourée d'une cage d'osier et qu'on place sous les couvertures. Les choses sont disposées de manière qu'on peut éteindre immédiatement la lampe sans retirer l'appareil.

Quelques médecins, Delpech surtout, ont fait placer les cholériques dans des *bains chauds;* Guérard a recommandé les *bains d'air chaud* (5); d'autres ont fait promener sur la surface du corps, au-dessus d'un linge interposé, des *fers à repasser* fortement chauffés. Les *frictions sèches* avec une flanelle chaude peuvent être placées parmi les excitants de ce genre, quoiqu'elles aient, en outre, la propriété de favoriser mécaniquement la circulation.

Cependant quelques médecins, parmi lesquels il faut citer MM. Legroux et Horteloup (6), ont cru remarquer que le réchauffement des cholériques a des effets funestes; mais les faits qu'ils ont cités ne sont pas suffisants pour faire taire tous les doutes sur ce point.

(1) Lepage, *Rapport sur l'emploi du gaz protoxyde d'azote dans le choléra*. Orléans, 1832.
(2) Toulmouche, *Arch. gén. de méd.*, 1835.
(3) Heldler, *Ueb. Schutzm. geg. d. Cholera*. Prag., 1831.
(4) *Union medicale*, 17 avril 1849.
(5) *Annales d'hygiène publique*. Paris, 1834, t. I, p. 99.
(6) *Comptes rendus de la Soc. méd. des hôpit.* (*Union médicale*, 1849).

Des médecins ont eu l'idée de recourir à une médication entièrement opposée, et ils ont prescrit les *affusions* et les *douches froides*. Voici comment le docteur Casper (1) veut que l'on procède dans l'application de ce moyen, qu'il met en usage principalement lorsque le pouls est devenu insensible.

Le malade est placé dans une baignoire vide s'il a la peau sèche, pleine d'eau à 27 degrés s'il a la peau moite. On lui verse alors sur la tête quatre ou cinq seaux d'eau glacée, et l'on fait d'autres affusions sur le corps avec le même liquide. On répète cette opération toutes les deux ou quatre heures. Immédiatement après l'affusion, on replace le malade dans son lit, en ayant soin de couvrir la poitrine, le dos et le ventre de compresses froides que l'on renouvelle dès qu'elles sont chaudes. Pour compléter ce traitement, on administre des boissons et des lavements froids.

M. Horteloup (2) a cité des faits semblables.

Il est difficile de se prononcer sur la valeur de ces traitements : ce qu'il y a de certain, c'est que, contrairement à ce qu'on aurait pu prévoir, un certain nombre de sujets parvenus au milieu de la période algide, et qui semblaient près de succomber, ont été promptement ranimés.

Dans les cas graves, M. Worms (3) fait raser la tête et y applique une flanelle trempée dans le mélange suivant :

℞ Alcool camphré..........	150 gram.	Infusion d'arnica	100 gram.
Ammoniaque liquide...	12 à 25 gram.		

Dans laquelle on aura fait dissoudre :

Chlorhydrate d'ammoniaque...................... 45 gram.

Suivant ce médecin, cette application rendrait la réaction beaucoup plus facile et en même temps beaucoup moins grave.

Les *sinapismes* ont été presque généralement employés ; on les promène sur les membres et sur les différentes parties du corps. Ils agissent dans le même sens que la chaleur, mais avec plus d'énergie.

Au lieu de faire des frictions sèches, on a conseillé de se servir de divers médicaments irritants : c'est ainsi qu'on a fait des *frictions avec l'huile de cantharide*, avec un *liniment ammoniacal*, avec l'*alcool camphré* (Fouquier), avec une *décoction de moutarde* (Dupuytren), etc. Il est évident que ces substances n'ont pas d'effet spécial, et que toute la différence consiste dans leur plus ou moins d'énergie.

Une des préparations les plus énergiques est le liniment hongrois ainsi composé :

Liniment hongrois contre les crampes.

℞ Eau-de-vie.............	250 gram.	Camphre.................	8 gram.
Vinaigre fort...........	125 gram.	Poivre....................	8 gram.
Farine de moutarde......	15 gram.	Gousse d'ail pilée	n° 1.

On met le tout dans un flacon bien bouché, et l'on fait infuser pendant trois jours au soleil ou dans un endroit chaud.

(1) *Die Behandl. der Chir.* Berlin, 1832.
(2) *Comptes rendus de la Soc. méd. des hôpit.* (*Union méd.*, 1849).
(3) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1849, t. XIV, p. 676.

M. Turnbull (1) emploie pour frictions le *piment* (*Capsicum annuum*), réduit à la consistance de gelée, et mêlé à l'axonge ou à l'huile d'olive, ou bien macéré dans l'alcool. C'est un rubéfiant énergique.

Des médecins, ayant cru trouver le siége primitif de la maladie dans une lésion de la moelle épinière, ont conseillé de pratiquer des frictions excitantes le long du rachis. Petit (2) portait l'action des excitants le long de la colonne vertébrale jusqu'à la vésication. Voici comment il procédait :

Il faisait étendre tout le long du rachis un morceau de laine imbibé d'un liniment composé de :

Essence de térébenthine.... 30 gram. | Ammoniaque liquide........ 4 gram.

puis il faisait promener lentement, sur le morceau de laine, un fer à repasser bien chaud. Il en résultait une vaporisation instantanée d'une grande partie du liniment, qui, agissant fortement sur la peau, déterminait une vésication rapide.

M. Bouillaud a quelquefois imité cette pratique; quant à M. Ricord (3), il s'est contenté de frictions le long de la colonne vertébrale, à l'aide d'un liniment volatil.

M. Raphaël (de Provins) a pratiqué la *cautérisation des gouttières vertébrales avec le fer rougi à blanc*. Quel a été le succès réel de ce moyen? C'est ce qu'il n'est pas permis de dire.

Les *vésicatoires* à l'épigastre et aux extrémités ont été également prescrits. On a encore employé l'*électro-galvanisme;* le docteur Levington (4) avait déjà, en 1825, mis en usage ce moyen, qui a été appliqué ensuite en Europe. Enfin on a eu recours aux *frictions mercurielles*, aux *bains de vapeur* et même à la *cautérisation épigastrique avec le fer rouge*.

J'ai, dans la dernière épidémie, employé, dans des cas de douleurs épigastriques très intenses, le *vésicatoire au marteau* sur l'épigastre et autour de la base de la poitrine; ce moyen n'a pas eu de succès évident.

Traitement des crampes. — M. Burq (5), alors élève des hôpitaux, a réussi, à l'aide d'*armatures métalliques humides*, à arrêter plusieurs accidents nerveux, et en particulier les crampes et la constriction épigastrique. Voici en quoi consistaient, d'après cet auteur, ces armatures et la manière de les appliquer :

« Une armature générale, lorsqu'elle est complète, se compose de treize pièces : deux anneaux et une mitaine, ou un cylindre pour le membre supérieur; deux anneaux et une sandale pour le membre inférieur; une ceinture pour le tronc.

» Les anneaux ou bracelets sont de cuivre mince, ont de 10 à 15 centimètres de large et sont d'une forme convenable pour s'appliquer aussi exactement que possible : cette dernière condition est absolument indispensable.

» La ceinture consiste dans une bande de cuivre de 8 centimètres de large, de la longueur d'un mètre, terminée en avant et en arrière par une large plaque qui s'adapte à la forme du ventre et du dos.

(1) *The Lancet*, janvier 1848.
(2) *Arch. gén. de méd.*, t. XXVIII, 1re série, p. 470.
(3) *Arch. gén. de méd.*, avril 1832.
(4) *Trans. of the med. and phys. Soc. of Calcutta.*
(5) *Union médicale*, 7 juillet 1849.

« Les crampes sont-elles générales et intenses, nous appliquons une armature générale et complète. Sont-elles intenses et bornées aux membres inférieurs, nous nous adressons exclusivement à ceux-ci.

» Deux bracelets et une sandale pour chacun; plus ordinairement une ceinture pour le tronc; *ce n'est qu'exceptionnellement qu'il suffit d'armer un seul membre pour voir guérir les deux.*

» Sont-elles peu intenses et siégent-elles exclusivement sur une partie, aux mollets, par exemple, deux anneaux, un à droite et un à gauche, sont ordinairement suffisants; mais si les crampes résistent, on mouille les bracelets, et lorsque ce n'est pas assez, on complète l'armature du membre.

» Nous commençons toujours par appliquer les armatures à sec, et nous ne les mouillons que si le soulagement est nul ou seulement partiel.

» Pour mouiller un bracelet, on roule entre lui et la peau une bande ou une compresse ordinaire, et mieux un lambeau de couverture de coton trempé dans une solution légère de sel marin, à la température de 25 à 40 degrés.

» Il nous est arrivé trois ou quatre fois que les armatures sèches ayant parfaitement réussi d'abord, ont perdu leurs propriétés au bout de quelques heures. En les examinant de près, nous avons reconnu qu'il s'était amassé sous le cuivre une exsudation visqueuse qui très probablement venait mettre obstacle à sa conductibilité. Dans tous les cas, il a suffi de nettoyer la peau et le métal, ou de mouiller les armatures, pour faire reparaître toute leur efficacité.

» Il faut être prévenu qu'au bout d'un certain temps, trois à cinq heures, à mesure que les armatures humides se sèchent, elles perdent beaucoup de leur action, et que bientôt, si les crampes n'ont pas été guéries radicalement, si elles ont de la tendance à revenir, elles ne tardent pas à reparaître. Dans ce cas, on n'a, pour y mettre fin, qu'à remouiller les linges à travers les ouvertures des anneaux. »

Dans quelques cas, M. le docteur Duchenne a réussi à arrêter les crampes, et même les vomissements, à l'aide de l'*excitation électro-cutanée*, qu'il dirige avec tant d'habileté.

M. Guyon (1), inspecteur du service de santé militaire en Afrique, donne un moyen bien simple de faire cesser immédiatement les crampes des jambes, chez les cholériques. Il suffit, en effet, de renverser le pied sur la partie antérieure de la jambe. Pour cela, on saisit le talon d'une main, tandis que de l'autre on saisit la pointe du pied, et l'on opère le renversement de cette dernière partie. Les crampes des doigts et des mains disparaissent, comme celles des jambes, par l'extension des doigts sur la main, et de la main sur la face dorsale de l'avant-bras. A cet effet, tenant l'avant-bras d'une main, et, après avoir saisi de l'autre les parties crampées, on les renverse sur l'avant-bras, non brusquement, mais avec une certaine lenteur.

Les *vomissements*, si violents dans le choléra, ont dû nécessairement attirer l'attention des médecins qui se sont occupés du traitement de la maladie. Plusieurs des médicaments précédents ont été dirigés contre eux, mais on leur a opposé d'une manière spéciale les boissons gazeuses, et en particulier la *potion antiémétique* de Rivière et l'*eau de Seltz.*

(1) *Journ. des connaissances méd.-chir.*, 15 octobre 1852.

M. Malgaigne a, dans un cas, arrêté immédiatement les vomissements en appliquant sur l'épigastre *un vésicatoire ammoniacal pansé ensuite avec la morphine.*

Jusqu'à présent j'ai indiqué les diverses médications séparément; mais, comme on le pense bien, il est sans exemple qu'on n'en ait pas associé un certain nombre, afin de remplir en même temps les diverses indications. C'est ainsi qu'on a eu recours à la fois aux excitants internes et externes, aux antispasmodiques, aux opiacés, de manière à arrêter, d'une part, les évacuations alvines et les vomissements, et de l'autre à calmer les accidents nerveux, à ranimer la circulation et à rappeler la chaleur. C'est là, on peut le dire, la base de tous les traitements employés, et ce n'est que dans l'emploi de quelques substances particulières et dans certaines modifications apportées à l'administration des principaux remèdes, que la thérapeutique, tant en France qu'en Angleterre, en Allemagne et en Amérique, a réellement différé. Il serait par conséquent inutile de donner en grand détail les traitements propres à chaque médecin en particulier.

J'ajouterai seulement que M. le docteur Champenois (1) a conseillé, dans le but de provoquer la réaction, d'*injecter dans la vessie* le liquide suivant :

℞ Eau distillée ou vin blanc...	75 gram.	Laudanum liquide	25 à 30 gouttes
Alcool rectifié............	25 gram.	Strychnine....	0,004 à 0,008 gram.
Sulfate de quinine.........	1 gram.	Acide sulfurique...........	8 gouttes

Pour une injection dans la vessie.

Je ne sache pas que ce moyen singulier ait été mis en usage d'une manière un peu suivie.

TRAITEMENT DE LA PÉRIODE DE RÉACTION.

Le traitement de cette période est beaucoup plus simple que celui de la période précédente. La *saignée* plus ou moins répétée, suivant la violence du mouvement fébrile, et surtout s'il existe quelque complication inflammatoire du côté des voies respiratoires, en forme, on peut le dire, la base. Dans plusieurs des cas dont j'ai l'observation sous les yeux, elle a été presque immédiatement suivie d'une amélioration notable des principaux symptômes et surtout de la céphalalgie. Les douleurs épigastriques, les vomissements bilieux, sont combattus par les *sangsues* appliquées à l'épigastre. On remplace les excitants par les *boissons douces* et *émollientes.* On supprime les préparations opiacées, surtout quand elles ont été données à très haute dose. Enfin on prescrit un *régime* assez *sévère*, et cette médication si simple réussit, dans la grande majorité des cas, à dissiper tous les accidents et à procurer une guérison complète. Si le délire était violent, s'il y avait du coma, des soubresauts des tendons, en un mot, ces symptômes que l'on a désignés sous le nom de *typhoïdes*, l'application de la *glace sur la tête* serait indiquée. Je ne crois pas devoir insister davantage sur le traitement de cette période, qui, je le répète, est des plus simples.

Résumé : traitement préservatif, régime, ordonnances. — Après avoir ainsi exposé en détail le traitement du choléra, je ne peux m'empêcher de présenter de nouveau cette réflexion que j'ai faite en commençant, c'est que, au milieu de tous

(1) *Bulletin gén. de thérap.*, avril 1849.

ces essais si multipliés et si variés, n'ayant souvent pour nous guider que les affirmations des auteurs, il nous est bien difficile de nous prononcer sur la valeur relative des diverses médications. Cependant, en examinant un grand nombre de faits, on arrive à ce résultat, que l'opium à doses élevées, combiné avec les excitants internes et externes, et avec les antispasmodiques, a eu, dans une multitude de cas, des résultats évidemment heureux. Aussi est-ce là la médication qu'il faut principalement recommander.

Quelques médecins ont pensé que certaines substances pouvaient avoir un effet *préservatif*; mais, comme il n'y a pas d'expérience qui prouve qu'il en soit réellement ainsi, il n'y aurait aucun avantage à indiquer ici ces prétendus préservatifs.

D'après ce qui a été dit des causes de la maladie, il est évident que le séjour dans un lieu sec et bien aéré, des vêtements suffisamment chauds, un régime tonique, sans être excitant, sont les meilleurs préservatifs de cette affection. C'est donc à l'autorité, dans les cas où une épidémie est imminente, de veiller à ce que les classes inférieures puissent, autant que possible, jouir de ces avantages.

Pendant que le choléra est dans sa violence, il est évident que la diète doit être absolue, et ce n'est pas sous ce rapport qu'il importe de dire un mot du *régime*. Mais au début, lorsqu'il n'existe encore que l'ensemble de ces phénomènes auxquels on a donné le nom de *cholérine* ou de *diarrhée prémonitoire*, la question du régime prend un grand intérêt. Les sujets doivent se soumettre à une diète sévère et se contenter de boissons adoucissantes ou légèrement astringentes, sous peine de voir les symptômes augmenter après chaque repas. Qu'on ne croie pas pourtant que je veuille dire qu'un mauvais régime, même en temps d'épidémie, puisse faire dégénérer en choléra une simple diarrhée. Si le fait est possible, il n'est, du moins, nullement démontré. J'ai voulu seulement faire allusion à ces cas où les malades ont pu continuer à manger, ayant déjà un choléra confirmé, quoique léger, et où ce mauvais régime a évidemment aggravé leur maladie.

Traitement de la cholérine. — Ceci me conduit à dire un mot, en particulier, de la diarrhée qui précède le choléra, et à laquelle on donne le nom de *cholérine*. C'est principalement pendant son cours qu'on a administré les vomitifs et les purgatifs avec succès; mais j'ai signalé plus haut les dangers de cette médication, et, tout bien considéré, je crois qu'il est prudent de s'en abstenir. Je suis d'autant plus disposé à soutenir cette manière de voir, qu'un moyen bien simple, et sans aucun danger, m'a complétement réussi dans la dernière épidémie. J'ai conseillé à toutes les personnes qui avaient de la diarrhée de prendre quatre fois par jour *de 3 à 5 gouttes de laudanum de Sydenham* dans un quart de verre d'eau sucrée. Ces doses doivent être prises le matin au lever, le soir en se couchant et immédiatement avant les deux principaux repas de la journée. *Chez les enfants*, on met, suivant l'âge, de 1 à 3 gouttes de laudanum dans un demi-verre d'eau sucrée, et on leur en donne une ou deux cuillerées à café aux époques indiquées. Aucune des personnes auxquelles j'ai conseillé ce moyen, et elles sont bien nombreuses, n'a eu le choléra, quoique beaucoup d'entre elles aient eu fréquemment des commencements de diarrhée. Dans trois cas, ce moyen si simple a rétabli, dans leur état normal, les garderobes presque constamment dérangées depuis deux mois, malgré l'emploi des astringents, des lavements laudanisés, et d'un régime très sévère.

Quelques personnes ont été obligées de continuer l'usage du laudanum pendant plusieurs mois, se portant très bien quand elles s'y soumettaient; ayant, au contraire, des dérangements dès qu'elles voulaient le cesser. J'ai vu, sous cette influence, la confiance renaître promptement chez des sujets terrifiés, et que les dérangements fréquents du tube digestif affectaient profondément.

Il ne faut pas craindre l'usage prolongé du laudanum administré de la manière qui vient d'être indiquée. L'expérience m'a prouvé qu'il n'a aucun inconvénient. Bien plus, il arrive ordinairement qu'un abattement général, une langueur extrême, qui résulte de la cholérine, se dissipe promptement, et que, malgré l'emploi du narcotique, le malade reprend toute son activité. On ne doit s'arrêter que s'il survient de la constipation, toujours attentif pour recommencer au plus petit dérangement.

J'ai employé le laudanum de Sydenham, parce que, outre l'opium, il contient des substances excitantes. Je suis bien loin cependant de prétendre que cette idée ait une bien grande valeur, et il est très possible que le *laudanum de Rousseau* ait le même effet. Si on l'employait, il ne faudrait donner que *moitié dose*.

Dans la cholérine, M. Monneret (1) administre aux enfants de 20 à 30 grammes de *sous-nitrate de bismuth*, et chez les adultes il porte cette dose à 50 et à 60 grammes. On l'administre seul ou mêlé aux aliments.

M. le docteur J. Tray (2) donnait, dans les diarrhées prodromiques du choléra, la *térébenthine rectifiée* à la dose de 15 gouttes, qu'il répétait s'il était nécessaire. Dans les cas qu'il a traités ainsi, les évacuations se sont immédiatement arrêtées; mais ce qui, pour beaucoup de médecins, ôtera à cette médication une grande partie de sa valeur, c'est qu'il mêlait la térébenthine à une certaine quantité de laudanum ou d'huile de jusquiame, médicaments dont l'effet doit entrer en ligne de compte.

Lorsque la période de réaction n'est pas très violente, qu'il n'y a qu'un peu de céphalalgie et un très léger mouvement fébrile, on peut, sans inconvénient, permettre quelques bouillons et rendre promptement le régime plus substantiel. Si la fièvre est très forte, la diète doit être continuée jusqu'à ce que les principaux symptômes fébriles se soient notablement amendés. Enfin, il n'est pas nécessaire, lorsque les malades sont entrés franchement en convalescence, de les tenir longtemps à un régime sévère. Les faits ont prouvé que ceux qui étaient bien réellement guéris pouvaient rapidement reprendre leur genre de vie accoutumée.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS DE CHOLÉRA COMMENÇANT AVEC SIMPLES DÉJECTIONS ALVINES, NAUSÉES, FAIBLESSE ET CRAMPES LÉGÈRES.

1° Pour boisson, infusion de camomille édulcorée avec le sirop de fleur d'oranger.

2° Un lavement, matin et soir, avec 1 gramme de laudanum.

3° Frictions sèches sur les membres.

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1849.
(2) *London medical Gazette*, novembre 1849.

4° Prendre par cuillerées une potion composée ainsi qu'il suit :

℞ Infusion de tilleul........	120 gram.	Alcool..................	10 gram.
Éther sulfurique.........	1 gram.	Sirop diacode	30 gram.

A prendre par cuillerée de demi-heure en demi-heure.

5° Entourer le malade de couvertures chaudes.

II° Ordonnance.

DANS UN CAS DE REFROIDISSEMENT NOTABLE AVEC VOMISSEMENTS VIOLENTS, DÉJECTIONS ALVINES ABONDANTES ET CRAMPES FRÉQUENTES.

1° Pour tisane, légère décoction de ratanhia édulcorée avec le sirop de sucre, et additionnée de cinq ou six cuillerées de vin de Malaga par chaque pot.

2° Potion comme la précédente. Remplacer seulement le sirop diacode par le sirop de gomme, à la dose de 45 grammes, et ajouter laudanum de Sydenham, 2 grammes.

3° Lavement laudanisé, *ut suprà*, administré toutes les trois heures. Si le lavement était rejeté immédiatement, en donner tout de suite un autre.

4° Promener sur les extrémités des sinapismes.

5° Frictions sèches fréquemment répétées sur toutes les parties du corps avec une flanelle chaude ou avec un liniment volatil.

6° Le reste, *ut suprà*.

III° Ordonnance.

DANS UN CAS D'INSENSIBILITÉ COMPLÈTE DU POULS, OU, SUIVANT QUELQUES AUTEURS, DANS LA PÉRIODE ASPHYXIQUE.

1° Pour boisson, punch chaud.

2° Injections de substances salines dans les veines.

3° Frictions irritantes le long du rachis, ou cautérisations de cette région.

4° Affusions froides.

5° Électro-galvanisme.

Je réunis, dans la dernière ordonnance, un certain nombre de médications particulières ; il sera facile de retrouver les autres dans l'exposition précédente.

IV° Ordonnance.

DANS LA PÉRIODE DE RÉACTION.

1° Boissons adoucissantes.

2° Saignées plus ou moins répétées, suivant l'intensité du mouvement fébrile et des lésions locales.

3° Application de sangsues à l'épigastre, dans les cas de symptômes gastriques.

4° Glace, compresses froides sur la tête, si les symptômes cérébraux sont violents.

5° Diète sévère, si la fièvre est intense ; quelques bouillons seulement, si elle est très légère. Lorsque la convalescence est franche, reprendre promptement le régime habituel.

Suivant M. de Jumné, les *bains de mer* sont un bon moyen *prophylactique* du

choléra. Dans les instructions populaires publiées en Angleterre et en France, on insiste principalement sur un bon régime et de bonnes conditions hygiéniques.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Période algide. — Émissions sanguines; émollients, adoucissants.

1° *Médication interne.* — Excitants internes: préparations ammoniacales, arnica, café, haschisch, stachys, chlore, chloroforme, etc.; antispasmodiques, narcotiques, astringents, toniques; vomitifs, purgatifs; préparations alcalines, injections alcalines; eau froide, glace; huile de cajeput, noix vomique; moyens divers.

2° *Médication externe.* — Excitants externes: chaleur, sinapismes, vésicatoires; affusions et douches froides; cautérisation du rachis.

Période de réaction. — Émissions sanguines, émollients; applications froides sur la tête.

Traitement préservatif. — Moyens hygiéniques; laudanum, régime.

Nous renvoyons, pour ce qui est du choléra sporadique, aux maladies du tube digestif.

ARTICLE IX.

GRIPPE.

On n'est pas bien d'accord sur ce qu'il faut entendre par le mot *grippe*. Les uns le regardent comme un simple synonyme de bronchite; d'autres s'en sont servis pour désigner une affection générale avec accidents locaux vers les voies respiratoires; d'autres, enfin, appellent grippe toute affection catarrhale épidémique avec prédominance des symptômes généraux, qu'elle ait son siége dans les voies respiratoires ou dans les voies digestives.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Pour moi, la grippe est une affection générale, fébrile, essentiellement épidémique, caractérisée localement par une inflammation des muqueuses des voies respiratoires. Il y a exagération à vouloir rapporter, pendant une épidémie, à la seule grippe toutes les affections fébriles qui se déclarent; et l'on doit reconnaître que les symptômes abdominaux qui se manifestent dans certains cas sont secondaires.

Il résulte des recherches historiques de M. Raige-Delorme (1), que les premières descriptions de cette maladie ne datent que de la fin du XVIe siècle. Depuis cette époque, on a vu apparaître plusieurs épidémies de grippe, remarquables par l'étendue des pays qu'elles ont atteints, et dans celles que nous avons pu observer depuis 1830, nous avons vu la maladie se montrer à la fois à Londres, à Paris, dans les provinces, en Espagne et en Italie. C'est là un des caractères les plus remarquables de cette affection.

§ II. — Causes.

Nous ne connaissons pas les véritables causes de cette affection épidémique. Cependant il est d'observation que généralement elle se développe dans les mois froids et humides de l'année.

(1) *Dictionnaire de médecine*, art. GRIPPE.

§ III. — Symptômes.

Les auteurs ont décrit une grippe *céphalique*, *pectorale*, *abdominale ;* quelques s même ont admis une grippe *rhumatismale*, *convulsive*, *syncopale*, etc. ; c'est omber dans tous les inconvénients des formes des fièvres que j'ai montrés plus it. La prédominance de quelques symptômes a fait perdre de vue l'ensemble de fection.

De toutes les épidémies qu'il nous a été donné d'observer, il n'en est aucune qui présenté des symptômes plus caractéristiques et plus intenses que celle de 1837. l'ai décrite d'après un nombre considérable de faits observés avec soin (1), et e a donné lieu à des publications intéressantes de la part de MM. Landouzy, nat et plusieurs autres auteurs.

La grippe *débute* par du malaise, de la sensibilité au froid, un abattement mar-ié, la céphalalgie et l'anorexie.

Quand la maladie est confirmée, on observe les phénomènes suivants : la *céphal-gie* est généralement violente, quelquefois excessive, presque toujours géné-le, mais plus marquée à la région frontale ; les malades sont absorbés, un bon mbre éprouvent des vertiges et quelques-uns des bourdonnements d'oreille.

La *face* est anxieuse, rouge, animée ; les yeux sont brillants et larmoyants.

Il y a en même temps un *brisement des membres*, semblable à celui de la cour-ture ; les forces sont abattues et la prostration est parfois extrême.

Le chatouillement, la chaleur des narines, les picotements, des *éternuments* fré-ents annoncent l'apparition du *coryza*, qui est, dans un certain nombre de cas, ine grande violence. Au bout de peu de temps, il se fait par les narines une ex-étion de mucus limpide qui est quelquefois tellement abondante, qu'un grand mbre de mouchoirs en sont complétement mouillés. Les *épistaxis* sont fré-entes.

Un *mal de gorge* d'une intensité ordinairement médiocre se déclare peu après coryza ou en même temps que lui. Puis surviennent des chatouillements der-re le sternum, une *toux* plus ou moins fréquente, et tous les symptômes d'une nchite intense se manifestent. Cependant l'auscultation ne fait reconnaître la sence d'un peu de *râle sous-crépitant* que dans quelques cas peu nombreux, et n'est pas là une des particularités les moins remarquables de l'affection.

Les *yeux* deviennent plus rouges, plus larmoyants, quelquefois gonflés, et la lu-ère est difficilement supportée.

La *langue* est blanche, pâteuse ; la *soif* médiocre, l'*appétit* perdu. Du côté de *domen*, on n'observe ordinairement qu'un peu de constipation ; mais dans cer-s cas il y a de la *diarrhée* avec quelques coliques, et ce sont les cas peu fré-ents, dans lesquels ces derniers symptômes se montrent avec une intensité olite, qui ont fait admettre une grippe abdominale, comme l'exagération des leurs des membres a fait admettre une grippe rhumatismale. Chez quelques lades on observe des *vomissements*.

Pendant que ces symptômes existent, la *chaleur* est élevée, assez souvent hali-use. Le *pouls* est accéléré. Il conserve sa régularité. Quelques sujets éprouvent *lipothymies* (*grippe syncopale de quelques auteurs*).

(1) *Presse médicale*, 1837.

serait tellement incomplète, que je crois devoir m'abstenir, me réservant de signaler les meilleurs travaux dans le cours de cet article.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La variole est une affection fébrile, aiguë, contagieuse, dans laquelle se développent, sur la surface du corps, des pustules en plus ou moins grand nombre, et qui a, dans les cas simples, une marche prévue d'avance.

Cette affection a été décrite par Rhazès sous le nom d'*euphlogia*; elle a reçu aussi le nom de *febris variolosa*, de *small-pox* (angl.), de *Pocken* (all.), de *petite vérole*, de *picote*, etc.

Avant la découverte de la vaccine, il était peu d'individus qui échappassent à la variole. Depuis lors, cette affection, quoique infiniment moins fréquente, n'a pas laissé de se présenter assez souvent à l'observation; ce qui tient à plusieurs causes que j'indiquerai dans l'article consacré à la *vaccine*.

§ II. — Causes.

Cette maladie étant due à la contagion, nous n'avons que peu de considérations à présenter sur son étiologie.

1° Causes prédisposantes.

Age. — Dans la première année, la variole est rare, et elle l'est d'autant plus qu'on se rapproche davantage du moment de la naissance; cependant elle peut affecter des enfants nouveau-nés, et on l'a vue même *congénitale*. M. le docteur Lebert a fait voir à la Société de biologie un fœtus de quatre mois environ qui était couvert de pustules varioliques. La mère avait fait une fausse couche dans la convalescence d'une variole peu grave. Après la première année, elle devient plus fréquente; mais, d'après les recherches de MM. Rilliet et Barthez (1), c'est après six ans qu'elle se montre le plus souvent. On peut dire d'une manière générale que la variole est une maladie de l'enfance, qu'elle se produit ensuite d'autant plus rarement qu'on est plus avancé en âge, mais que l'extrême vieillesse elle-même n'en est pas complétement exempte. L'introduction de la vaccine a apporté, sans doute, de grandes modifications dans l'époque de l'apparition de la variole; mais c'est là une question qui appartient à l'histoire de la vaccination et à la vertu préservatrice du vaccin. J'en parlerai dans un autre article (2).

La variole n'épargne aucune race humaine; les deux *sexes* y paraissent également sujets; mais, sur ce point comme sur l'influence du *tempérament*, de l'*hygiène*, etc., nous n'avons pas de renseignements exacts.

Suivant M. Serres, une des conditions les plus favorables au développement de la variole, est la *sécheresse*, la *chaleur*, et la *lumière*, et de là la plus grande fréquence et la plus grande violence de la maladie dans les *climats chauds et secs* que dans les *climats froids et humides*. Ces assertions ne sont pas généralement regardées comme parfaitement démontrées, bien que M. Serres ait réuni, pour les

(1) *Traité des maladies des enfants*, 2ᵉ édit. Paris, 1853.
(2) Voy. article *Vaccine*.

appuyer, toutes les preuves possibles. Nous verrons plus loin quelles conséquences on a tirées de ces idées pour le traitement.

2° Causes occasionnelles.

La cause occasionnelle capitale est la *contagion* ; cependant nous voyons tous les jours la variole se produire spontanément et sans autre cause appréciable que cette disposition que presque tous les hommes apportent en naissant pour cette maladie. Je dis presque tous les hommes, parce qu'il en est toujours un certain nombre qui y sont complétement *réfractaires*, ce qui a été constaté avant la découverte de la vaccine aussi bien que depuis cette époque.

La contagion par l'air, par le contact immédiat, par les vêtements, est généralement admise. Mais quelles sont les conditions les plus favorables à la transmission? A quelle époque de la maladie cette transmission est-elle le plus facile? Quelle est la sphère d'action de la contagion? Ce sont là autant de questions sur lesquelles on n'est pas complétement d'accord. Ce que l'on admet le plus généralement, c'est que l'époque à laquelle se développe le principe contagieux est le commencement de la suppuration; que l'existence de ce principe se continue pendant la dessiccation; que le dépôt de la matière purulente et des croûtes sur la peau et sur les muqueuses facilite beaucoup la transmission de ce principe. Quant à l'introduction de ces matières sous l'épiderme, c'est une des causes les plus infaillibles, puisque c'est sur son existence qu'est fondée l'*inoculation*.

On a remarqué que bien des sujets sont atteints de la variole peu de temps après la *vaccination ;* mais on a vu cet effet se produire chez des individus placés dans un foyer d'infection. Y a-t-il eu autre chose que de simples coïncidences. Il faudrait, pour être bien sûr du contraire, une expérimentation plus rigoureuse que celle à laquelle on s'est livré.

La variole est une des affections qu'on voit le plus fréquemment apparaître sous forme *épidémique*. La cause des épidémies nous échappe complétement. On a remarqué qu'elles commencent souvent au printemps; mais il n'est pas rare de les voir survenir dans les autres saisons.

§ III. — Symptômes.

Pour être exposée méthodiquement, la description de la variole exige que nous divisions cette maladie en *régulière* et *irrégulière*, *maligne*, *compliquée*, etc., comme nous le ferons pour la scarlatine.

1° *Variole régulière.* — Il y a à considérer, dans la variole, l'*incubation*, l'*invasion*, l'*éruption*, que quelques médecins ont divisée en *éruption proprement dite* et en *suppuration*, et enfin la *dessiccation*.

Incubation. — Sa durée offre quelque intérêt. On peut, disent Guersant et M. Blache, la fixer à 9 jours ; mais tous les auteurs sont loin d'être d'accord sur ce point. D'autres, en effet, la fixent à 10 ou 12 jours environ. Du reste, tous conviennent qu'elle varie entre des limites assez larges. Suivant J. Frank, le virus pourrait produire son effet instantanément, et, d'un autre côté, les faits ne sont pas rares où l'incubation a été de 20 et de 25 jours; suivant MM. Rilliet et Bar-

thez, l'incubation est au moins de 3 ou 4 jours, et au plus de 46. De nou recherches sont nécessaires sur ce point difficile à éclairer.

Invasion. — Le premier symptôme qui se déclare est un *frisson* plus ou répété ; quelquefois, néanmoins, il n'y a qu'une sensibilité plus ou moins quée au froid, et, dans quelques varioles très bénignes, on voit le frisson manq

Une *chaleur* ordinairement assez vive, avec tendance à la *sueur*, ou, au traire, dans un certain nombre de cas, avec sécheresse de la peau, se déclare b tôt. Dans les premiers moments, elle peut alterner avec les frissons ; mais, au b de peu de temps, elle devient continue.

Du côté des *voies digestives*, on observe un enduit blanchâtre de la *langue*, soif, l'anorexie, et, dans quelques cas, des *nausées* et des *vomissements*. On a beaucoup exagéré la fréquence de ces derniers symptômes. M. Louis a, en effet remarqué (1) que les vomissements n'ont eu lieu, dans 12 cas de variole, q chez 4 sujets, et chez deux d'entre eux à une époque assez éloignée du début. C sujets et deux autres qui n'eurent pas de vomissements avaient des *douleurs épiga triques*.

La *constipation* est presque constante dans cette période ; les cas où il y a u peu de diarrhée sont de véritables exceptions.

Une *céphalalgie* souvent fort vive, et occupant principalement le front, s montre ordinairement dès le premier jour, en même temps que se produit la cha leur, et se continue pendant presque toute cette période.

On note aussi chez un grand nombre de sujets, mais non chez tous, une *douleu lombaire*, parfois très incommode, dont les malades se plaignent souvent sa qu'on leur en parle, et dont l'existence mérite d'être recherchée dans les c difficiles.

MM. Rilliet et Barthez (2) ont constaté chez un assez grand nombre de suje l'existence d'une *douleur abdominale* ayant son siége principal à l'épigastre ou l'ombilic, et se présentant parfois sous forme de coliques vives sans évacuation Ces douleurs ne coïncidaient ordinairement pas avec la douleur lombaire.

Les *forces* sont presque toujours perdues dès le début ou ne tardent pas à l'être les malades éprouvent des lassitudes spontanées, du brisement, des douleurs con tusives dans les membres.

On a constaté encore, dans un certain nombre de cas, une douleur plus o moins vive dans le pharynx, douleur qu'il ne faut pas confondre avec celle dont j parlerai plus loin, et des *douleurs vagues dans la poitrine*.

Il y a presque toujours de l'*agitation*, de l'*insomnie*, parfois du *délire ;* d'autre fois, au contraire, de la prostration, de l'hébétude et de la *somnolence*, et ass souvent ces symptômes alternent.

Dans quelques cas aussi, on observe des *éternuments*, du *larmoiement*, en u mot les symptômes d'un coryza médiocrement intense, ou bien de la *dyspnée* et u sentiment d'oppression. Un petit nombre de sujets est atteint de *convulsions* tantô bornées à la face et tantôt générales, ce qui est beaucoup plus rare, puisqu MM. Rilliet et Barthez ne les ont jamais observées.

(1) *Recherches sur la fièvre typhoïde*, 2e édit. Paris, 1841, t. I.
(2) *Loc. cit.*, t. I, p. 440.

ır la partie inférieure des reins et sur les fesses qu'on en observe les pre-
traces; souvent aussi, quand il existe un vésicatoire ou quelques ulcérations
ıu, c'est à leur pourtour que se présente d'abord l'éruption.

s petites taches, d'ordinaire très nombreuses à la face et discrètes sur l'ab-
, s'élèvent peu à peu au-dessus du niveau de la peau, et, dès le lende-
ı le surlendemain, on aperçoit sur le sommet de chacune d'elles un point
ent qui se transforme en une *vésicule superficielle et plate*, dans laquelle
ule un *fluide d'abord séreux* et incolore, et puis *trouble* et d'un blanc
.

observe alors simultanément des *pustules* développées *sur les membranes
ses* de la bouche, du pharynx, du larynx, des paupières et de l'œil, et
lu prépuce ou de la vulve. Ces pustules se présentent sous la forme de
taches blanchâtres et circulaires; elles offrent ordinairement une petite
ion au centre, qui cependant n'existe pas toujours. Celles de la conjonctive
ıucoup moins saillantes que toutes les autres. Du côté du pharynx et du
la présence des pustules produit des douleurs qui, dans les cas graves, sont
rement assez vives et persistantes.

ndant trois ou quatre jours, les *pustules de la peau* continuent à se déve-
elles s'arrondissent, deviennent dures au toucher, et leur centre offre une
ion ombilicale bien plus prononcée que celle des pustules de la vaccine.
ces dernières, elles sont environnées d'un *cercle rougeâtre* assez étendu.
ıtrième au septième jour, les pustules prennent une forme hémisphérique;
qu'elles contiennent devient plus consistant, et l'aréole inflammatoire qui les
se dessine davantage. En même temps le *tissu cellulaire sous-cutané se
e*; le gonflement occupe d'abord la face, où il est surtout très marqué aux
es et aux lèvres. Au huitième jour, l'éruption a ordinairement acquis son
... d'intensité, et l'on voit alors la tuméfaction se manifester aux mains et

que se montrent la *diarrhée*, la *toux*, le *délire* et les *complications* graves de variole.

» La *température animale* suit les alternatives de l'état fébrile : en gén élevée, marquant au thermomètre, dans certains cas où l'exanthème est co fluent, 40 ou 41 degrés centigrades, et, en moyenne, 39°,06 chez les adu (Andral), 38°,75 chez les enfants (1). Elle est à son maximum au début, puis baisse momentanément, pour remonter ensuite, du cinquième au neuvième j de l'éruption. »

Dessiccation. — C'est du neuvième au dixième jour que commence la dessic tion, et elle se produit en suivant l'ordre d'apparition des pustules, c'est-à-dire commençant par la face. Lorsque les pustules sont bien isolées, elles ne lais pas échapper le liquide qu'elles contiennent. Celui-ci se dessèche ordinairem en commençant par le centre, de sorte qu'on voit un *point noir* apparaître dan dépression centrale, puis la couleur noire gagner les autres parties de la pust qui devient dure et cassante, ou, en d'autres termes, qui se couvre d'une *cro noire*. Quelquefois cette croûte se forme sur toutes les parties de la pustule même temps.

Le même mode de dessiccation se montre dans un certain nombre de pustu confluentes ; mais si celles-ci sont très volumineuses et groupées en grand nom dans un très petit espace, le liquide est tellement abondant, qu'avant de s'être d séchées, les pustules se crèvent et laissent suinter la matière purulente, qui, répandant sur les parties voisines, forme des croûtes d'abord jaunâtres, puis n râtres, d'une étendue plus ou moins considérable. Dans ces points, la moin pression exercée par les draps, le moindre frottement, détache l'épiderme et lai à nu la base des pustules baignée par le fluide purulent. Les pustules isolées p vent, lorsqu'elles sont très volumineuses, se rompre de la même manière et lais échapper le liquide ; mais cela est beaucoup plus rare, et lorsqu'on les trouve ro pues, surtout si l'on a affaire à un enfant, on doit penser qu'elles ont été rompu avec les ongles.

Sur le tronc et sur les membres, les pustules se dessèchent de la même manièr que sur la face, mais quelques jours plus tard.

La dessiccation est précédée de la disparition du gonflement de la peau et passage de la coloration des aréoles du rouge plus ou moins vif au rouge obscur violacé.

On a remarqué que sur les points occupés par une inflammation antécéden de la peau, les pustules marchent beaucoup plus vite. Nous verrons plus loin qu parti on a voulu tirer de ce fait pour la thérapeutique.

Les pustules des membranes muqueuses disparaissent presque constamment p résolution.

Cicatrisation. — Dans les cas où la variole a été bénigne et discrète, il n'y pas, à proprement parler, de cicatrisation ; la croûte se détache, il reste une tach d'un rouge brun qui persiste longtemps, puis la peau reprend son aspect normal Quelquefois seulement on a vu, en pareil cas, une espèce de desquamation furfu racée se produire sur ces taches.

(1) Voy. H. Roger, *Arch. gén. de méd.*, 1844, t. VI, p. 139.

Mais lorsque le derme a été plus profondément atteint, il reste, en même temps que la tache brune, une cavité plus ou moins profonde, qui ne disparaît pas en même temps que la coloration morbide, qui devient d'un blanc mat comme un tissu de cicatrice, et qui produit une tache indélébile.

Dans les cas où la variole a été confluente, si, comme cela arrive ordinairement, les pustules et la suppuration ont attaqué profondément le derme, il en résulte des cicatrices irrégulières, blanches, pointillées de noir ; la peau est couturée et les traits plus ou moins fortement altérés.

2° *Variole irrégulière.* — On peut d'abord ranger parmi les varioles irrégulières la *varioloïde* et la *varicelle;* mais je me réserve de dire quelques mots sur chacune de ces variétés en particulier.

Il est plus rare de voir manquer la première période de la variole que celle de la rougeole ou de la scarlatine ; cependant on a cité quelques cas de ce genre, et l'on a donné à ces cas le nom de *variole anomale*, ainsi qu'à ceux où, suivant quelques auteurs, on aurait rencontré tous les symptômes de la variole sans voir apparaître les pustules. Ce dernier cas a encore été désigné sous le nom de *variolæ sine variolis;* mais, malgré l'autorité de Borsieri, on peut conserver des doutes sur l'existence de cette variété. Le diagnostic de la période d'invasion de la variole n'est pas, en effet, assez sûr pour qu'on ne doive pas admettre de nombreuses chances d'erreur dans les cas signalés par cet auteur et par quelques autres qui l'ont précédé.

3° *Variole compliquée.* — Les complications de la variole sont nombreuses ; mais on a rangé parmi elles des accidents qui ne sont que les symptômes de la variole elle-même à un degré beaucoup plus élevé qu'à l'ordinaire. De ce nombre sont l'*ophthalmie*, qui peut causer la perte des yeux, et la *laryngite* intense, affections occasionnées par un développement considérable de pustules sur les muqueuses de l'œil et du larynx. J'en dirai autant du *ptyalisme*, dû à la même cause. Parfois une *otite* intense produit des douleurs violentes, la suppuration et la surdité.

La *gastrite* et l'*entérite*, qu'on voit survenir à une époque plus ou moins avancée de la maladie, sont des lésions secondaires semblables à celles qu'on observe dans le cours de la fièvre typhoïde et des autres affections fébriles graves.

Du côté des *voies respiratoires*, on voit apparaître des bronchites et des pneumonies, mais bien moins fréquemment que dans la rougeole.

Quant à la *rétention d'urine*, à l'*incontinence*, ce sont des symptômes qui se développent sous l'influence du délire.

Quelques *affections cutanées :* l'*érysipèle*, la *rougeole*, la *scarlatine*, la *miliaire*, l'*ecthyma*, peuvent se joindre à l'éruption variolique. Les cas de ce genre sont rares.

Il est assez commun de voir, après la fièvre de suppuration, survenir des *abcès sous-cutanés* dans diverses parties du corps, et quelquefois la présence de ces abcès rend la convalescence longue et difficile.

Un résultat beaucoup plus grave de la variole est la *résorption purulente;* dans ces dernières années on a rapporté un certain nombre de faits de ce genre (1). Il

(1) Voy. Castelnau et Ducrest, *Mém. sur les abcès multiples* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1846, t. XIII).

serait inutile d'indiquer ici les symptômes de cet état morbide qui est moins une complication qu'une conséquence fâcheuse de la maladie ; je les décrirai ailleurs (1).

C'est aussi une conséquence de la maladie que les *gangrènes* des téguments qui se montrent sur les parties qui supportent le poids du corps, et quelquefois dans d'autres points : la face, par exemple.

4° *Variole maligne.* — Ici encore j'aurais à faire les réflexions que je présenterai à propos de la scarlatine et de la rougeole malignes. Un excès de violence dans quelques-uns des principaux symptômes est seul la cause de la forme de la maladie. Y a-t-il une intensité exagérée des symptômes nerveux, c'est la forme *ataxique* ; les forces sont-elles profondément abattues, la réaction paraît-elle très faible, c'est la forme *adynamique*, etc.

5° *Variole hémorrhagique.* — C'est à cette forme très grave de la variole, correspondant exactement à la rougeole et à la scarlatine hémorrhagiques, qu'on a donné les noms de *variole noire*, *pétéchiale*, *scorbutique*. Une accumulation de sang mêlé ou non de sérosité dans les pustules, des pétéchies, des ecchymoses, des hémorrhagies par diverses muqueuses, et, avec ces symptômes, des accidents généraux très violents, tels sont les caractères de cette espèce.

Je ne pousse pas plus loin cette description, parce que les divers états morbides que je viens de mentionner doivent être exposés encore plusieurs fois avec détail dans les articles suivants.

6° *Modifications de l'éruption.* — On a signalé d'assez nombreuses modifications de l'éruption : voici les principales. On voit quelquefois les pustules ne renfermer qu'un liquide séreux jusqu'à la fin : c'est la *variole cristalline ;* d'autres fois ces pustules restent en partie vides : c'est la *variole emphysémateuse ;* ou bien elles ne contiennent pas de liquide et sont résistantes au toucher : *variole verruqueuse ;* ou encore elles ont la forme de tubercules cutanés : *variole tuberculeuse.* Il n'est pas bien certain que le diagnostic de ces variétés, qui d'ailleurs n'ont qu'une faible importance, ait été toujours bien exact.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Dans la description des symptômes, j'ai suffisamment fait connaître la marche si remarquable de la *variole régulière.* Quant aux varioles malignes et compliquées, tantôt l'affection éruptive suit son cours comme dans les cas les plus simples ; tantôt il survient des irrégularités qui portent principalement sur la période d'éruption. Celle-ci est plus facile ou plus difficile, plus lente ou plus rapide, sans qu'on puisse poser aucune règle à cet égard.

Willan, Legendre, MM. Rayer, Cléraut (2), A. Tardieu, Odier, Herpin, et plus récemment M. Hérard (3), ont cité des cas qui démontrent que la marche de la variole est heureusement modifiée par la vaccine concomitante.

La *durée totale* de la maladie est de quinze à vingt jours, et parfois davantage. Plus la variole est confluente et grave, plus sa durée se prolonge. Quant à la durée de chaque période en particulier, je l'ai donnée plus haut.

(1) Article *Phlébite.*
(2) *Du développement simultané de la variole et de la vaccine*, etc., thèse. Paris, 1845.
(3) *Union médicale*, septembre 1848 et avril 1849.

La *terminaison* de la maladie est tellement différente, suivant les espèces, qu'on ne peut en rien dire d'une manière générale. La variole régulière peut être *discrète* ou *confluente*. Dans le premier cas, elle ne détermine jamais la mort, à moins de complications. On observe un certain nombre de *varioles confluentes bénignes*; dans ces cas, l'abondance de l'éruption semble annoncer une affection très grave, mais la fièvre reste modérée; il n'y a pas de symptômes cérébraux, pas de symptômes gastriques graves, et la maladie se termine par une guérison rapide au moment où arrive la période de dessiccation. J'ai remarqué que, dans ces cas, les pustules étaient presque constamment superficielles, et ne laissaient pas de traces. Le plus souvent, au contraire, la variole confluente se termine par la mort, quelque régularité qu'elle ait suivie dans sa marche.

Les *varioles* qu'on a appelées *malignes*, et surtout la *variole hémorrhagique*, sont des affections dont la terminaison funeste est bien fréquente. Quant aux varioles *compliquées*, tout dépend de la complication.

Toutes choses égales d'ailleurs, la terminaison funeste est bien plus fréquente pendant les *épidémies* que chez les sujets atteints sporadiquement. La terminaison funeste a lieu presque toujours dans le cours de la période de suppuration. Les symptômes deviennent de plus en plus graves : il y a du délire, du coma; le pouls est petit, faible, et sa fréquence va sans cesse en augmentant; puis surviennent les soubresauts des tendons, la carphologie; parfois les selles involontaires, la rétention d'urine, et les malades succombent après une plus ou moins longue agonie.

Dans un certain nombre de cas, la lésion cutanée s'est déjà beaucoup amendée, et même la dessiccation a commencé, lorsque surviennent les symptômes précédents, qui sont suivis de la mort au bout d'un temps plus ou moins long. Si les symptômes généraux étaient sous la dépendance des symptômes locaux, comme l'ont avancé quelques auteurs, ils devraient s'apaiser aussi; mais il n'en est rien.

On a vu, dans un nombre assez considérable de cas, la variole se reproduire chez des sujets déjà atteints par elle, et qui en portaient des traces; mais ce n'est pas une raison pour ne pas ranger la variole au nombre des maladies qui ne se produisent qu'une fois dans la vie. C'est là, en effet, une règle qui est bien connue de tout le monde.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques de la variole ont été étudiées avec un très grand soin et offrent un grand intérêt; mais, comme elles n'ont pas fourni de grandes lumières pour la pratique, il me suffira de les passer rapidement en revue.

Il résulte des recherches importantes de Cotugno, de MM. Rayer, Petzhold, Rilliet et Barthez, et de plusieurs autres, que la pustule ne consiste d'abord que dans une vésicule non ombiliquée; qu'alors l'épiderme seul est opaque et grisâtre, tandis que le liquide est encore transparent; que l'ombilication est due à ce que le centre de la pustule est retenu au derme par un filament qui, suivant Cotugno, est le conduit d'une glande sébacée; que plus tard un produit pseudo-membraneux se dépose sur le derme, au centre de la pustule, sous forme de points isolés indiqués par MM. Rilliet et Barthez; qu'à une époque plus avancée, il résulte de la réunion de ces points un disque pseudo-membraneux de 1 à 2 millimètres d'épaisseur,

ayant la forme d'un cône tronqué, et très bien décrit par M. Rayer; que, dans certains cas et à certaines époques de la maladie, on trouve une saillie du corps papillaire du derme, et dans d'autres des dépressions et des érosions, ce qui explique très bien la présence ou l'absence des cicatrices, et que, suivant M. Gendrin, il existe dans le derme une espèce de tubercule multiloculaire dont les aréoles sont remplies par un liquide diaphane et visqueux (1). M. Gendrin est le seul auteur qui fasse mention de cette lésion.

Les muqueuses des parois buccales, du voile du palais, de la langue, des fosses nasales, des conjonctives, du larynx, ne présentent souvent, après la mort, aucune trace de pustules, parce qu'il n'y a pas eu d'ulcération après le détachement de l'épithélium. Dans le cas contraire, ou bien lorsque l'épithélium n'est pas encore détaché, on trouve des érosions ou des taches blanchâtres formées par le liquide purulent accumulé sous l'épiderme. Parfois on voit des suppurations plus étendues pénétrer dans les tissus sous-jacents.

M. Gosselin a trouvé, dans la glande séminale de plusieurs sujets morts de la variole, de petits foyers purulents, qui constituent l'*orchite varioleuse* (2).

Le *sang*, dans la variole, présente parfois une couenne, mais en général une couenne peu consistante. Dans les cas où il y a des symptômes d'adynamie, on trouve ordinairement le sang noir et liquide. MM. Andral et Gavarret ont observé dans quelques cas une légère augmentation de fibrine après la première saignée; mais cette augmentation est très faible, et, dans les cas où le sang reste liquide, la fibrine a au contraire diminué. Quant aux globules, leur proportion était restée la même dans les cas analysés par ces auteurs, sauf dans un seul où la variole était hémorrhagique.

Il serait inutile d'indiquer les lésions résultant des complications.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de la variole à sa première période est toujours très difficile; on peut même dire que l'apparition prochaine de l'éruption, d'après les symptômes de cette période, peut être soupçonnée, mais non annoncée avec certitude. Les signes sur lesquels peut s'établir la probabilité de cette apparition sont la céphalalgie, les douleurs lombaires, la fièvre intense, signes auxquels il faut joindre comme commémoratifs utiles l'âge du sujet et l'absence de traces de vaccine; mais on voit combien ces signes sont vagues, et combien de maladies fébriles peuvent les présenter à un degré plus ou moins élevé.

Les affections qui présentent les symptômes les plus ressemblants à ceux de la variole sont la *scarlatine* et la *rougeole*. On la distinguera de la première de ces deux maladies à l'existence des douleurs lombaires et à l'absence de la pharyngite, car on sait que, dans la scarlatine, il n'y a pas de lumbago, et que le pharynx se prend de bonne heure.

Le coryza, la rougeur des yeux, le larmoiement et l'absence des douleurs lombaires, sont les signes différentiels de la rougeole.

Dans toutes ces affections éruptives, il faut, dès les premiers temps, examiner

(1) *Journ. de méd.*, t. XCVIII.
(2) *Bulletin gén. de thérap.*, mars 1849.

la bouche et le pharynx : car on y trouve des altérations caractéristiques avant que l'éruption de la peau ait commencé.

Un examen attentif fait toujours reconnaître la variole quand l'éruption a commencé. S'il y a des cas obscurs le premier, et surtout le deuxième jour de l'éruption, ce sont des cas rares et exceptionnels, et le doute est de courte durée.

Pronostic. — Le pronostic ne peut être établi qu'en ayant égard à un grand nombre de circonstances. L'âge est une des principales. La variole est très grave chez les nouveau-nés, à cause de leur état de faiblesse, sans aucun doute. Après la première, et surtout la seconde année, cette maladie devient beaucoup moins dangereuse chez les enfants qu'à un âge avancé. Tous les auteurs s'accordent à la regarder comme extrêmement grave dans la vieillesse.

Les renseignements que nous possédons ne sont pas suffisants pour nous apprendre si la variole offre plus de danger chez un sexe que chez l'autre. Chez les femmes enceintes, elle a une grande gravité ; elle détermine, en effet, très fréquemment l'avortement, et menace la vie de la femme.

Plus la fièvre est intense, plus la variole est grave : de là le danger des varioles malignes.

Les complications sont toujours très fâcheuses ; mais il n'est pas de cas dans lesquels le pronostic doive être plus grave que ceux où la variole se montre avec le caractère hémorrhagique.

On a cité des cas, et j'en ai vu un très remarquable (1), dans lesquels la variole a fait cesser d'autres maladies, et principalement des névroses, comme la *chorée*, le *hoquet nerveux*, etc. ; mais on doit regarder ces cas comme exceptionnels.

Dans le cas que j'ai rapporté, il s'agissait d'une *chorée*. Les phénomènes choréiques devinrent plus marqués au moment du début, et ils cessèrent avec la fièvre ; ce qui vient à l'appui de la remarque faite par M. Sée (2) relativement à l'influence des affections fébriles sur la chorée.

§ VII. — Traitement.

Quoique, sous un très grand nombre de points de vue, la variole ressemble beaucoup à la rougeole et à la scarlatine, son traitement offre un intérêt bien plus grand. On en trouve la raison dans l'importance de l'éruption et dans les difformités qu'elle peut laisser, et qu'il importe de prévenir. J'aurai à examiner successivement le *traitement abortif*, qui a pour but d'empêcher les pustules d'acquérir leur entier développement ; le *traitement de la variole simple et régulière*, le *traitement de la variole irrégulière, compliquée, maligne*, et le *traitement préservatif.*

1° *Traitement abortif.* — *Cautérisation.* — La cautérisation des pustules, pratiquée dans le but de les faire avorter, a été d'abord employée par M. Bretonneau. Suivant M. Velpeau (3), ce médecin *épointe le sommet des pustules avec une aiguille d'or ou d'argent chargée d'une solution de nitrate d'argent.* M. Velpeau, qui a mis maintes fois ce procédé en usage, préfère *épointer d'abord les pustules, et les cautériser ensuite avec le crayon de nitrate d'argent.*

(1) *Union médicale*, 8 février 1853.
(2) Voy. article *Chorée.*
(3) *Note sur l'emploi des caustiques*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 1825, t. VIII).

Quant aux résultats de ce traitement, ils ont été les suivants. Si la cautérisation est pratiquée du premier au troisième jour de l'éruption, la pustule est éteinte; plus tard, elle continue à se développer, mais n'acquiert pas son entier développement et disparait plus vite. Les pustules cautérisées ne laissent pas de traces. L'action de ce traitement sur la marche de la maladie et sur son issue est moins évidente; elle a paru à l'auteur avoir une influence favorable.

M. Serres (1) avait proposé de cautériser les pustules en passant sur elles un pinceau de charpie imbibé de la solution suivante :

℞ Eau distillée........... 30 gram. | Nitrate d'argent......... 1 à 2 gram.

Dissolvez. Cette opération doit être répétée tous les jours ou tous les deux jours.

Les pustules des bords libres des paupières et de la cornée doivent être touchées avec le crayon de nitrate d'argent, sans les ouvrir préalablement.

On a généralement abandonné la cautérisation des pustules, et surtout le procédé recommandé par M. Serres. Cet auteur lui-même y a complétement renoncé pour recourir à l'emplâtre mercuriel dont je vais parler tout à l'heure. Cependant la cautérisation peut être utile pour attaquer les pustules qui, comme celles du bord libre des paupières, ne peuvent pas être atteintes par les préparations mercurielles.

Topiques mercuriels. — Déjà Zimmermann (2) avait fait connaître la propriété qu'a l'*emplâtre de Vigo cum mercurio* d'arrêter le développement des pustules varioliques, et Van Voensel, cité par M. Briquet, avait constaté cet effet remarquable; mais ces faits étaient tombés dans l'oubli, lorsque M. Serres entreprit ses expériences à la Pitié.

Le traitement est fort simple : il consiste à découper l'emplâtre mercuriel de manière à l'appliquer exactement sur la peau couverte de pustules. On l'applique dès qu'on est assuré qu'il s'agit d'une variole, car plus tôt cette application a lieu, plus elle est efficace. C'est surtout les pustules de la face qu'on a intérêt à faire avorter; aussi faut-il la couvrir exactement d'un masque qui ne laisse à découvert que les yeux, les narines et la bouche.

M. Gariel (3), qui a rendu un compte exact des expériences de M. Serres, a vu que l'emplâtre de Vigo fait avorter les pustules; que même, lorsque les pustules sont pleines de pus, celui-ci est résorbé et l'épiderme ne se rompt pas; enfin que cette résorption, loin de rendre la maladie plus grave, la rend au contraire moins dangereuse.

M. Briquet (4), qui s'est beaucoup occupé de cette question, et qui a multiplié les expériences, ne va pas aussi loin; mais il résulte des faits qu'il a observés que, lorsque le masque est appliqué du premier au cinquième jour, un certain nombre de pustules disparaissent par résolution, et les autres sont transformées en petites vésicules miliaires à peine visibles.

D'autres auteurs, parmi lesquels je dois citer MM. Nonat, Barthez et Rilliet, ont

(1) *Méthode ectrotique*, etc. (*Arch. de méd.*, 1825, t. VIII).
(2) *Traité de l'expérience*, t. II.
(3) *Rech. sur quelques points de l'histoire de la variole*, thèse. Paris, 1837.
(4) *Mém. sur l'emploi des topiques mercuriels*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 1838).

ployé le même moyen. M. Nonat est arrivé à des résultats à peu près semblables eux que je viens de mentionner. MM. Barthez et Rilliet n'ont pas aussi bien ssi, ce qui est dû peut-être à l'indocilité des enfants.

On se demande naturellement quel est le mode d'action de ce moyen. Est-ce la straction des pustules à l'action de l'air qui les fait avorter ainsi ? Est-ce l'in-ence du mercure? Des expériences ont paru démontrer que c'est la préparation rcurielle qui agit réellement. On a, en effet, recouvert les pustules avec divers res emplâtres, avec diverses pommades ou solutions, et leur avortement n'a pas lieu. Ces expériences, entreprises par M. Serres (1), ont été continuées par Briquet avec les mêmes résultats.

Un autre fait cité, pour prouver que c'est bien le mercure qui agit, c'est qu'on tient le même effet avec les *onctions mercurielles*. C'est même à ce dernier mode pplication que M. Briquet a actuellement recours. Pour que les onctions mer-rielles réussissent, il faut que les pustules soient incessamment recouvertes d'une uche de pommade mercurielle de 1 à 2 millimètres d'épaisseur; et comme la mmade simple est trop peu consistante pour qu'on puisse en faire une couche nblable, M. Briquet propose le mélange suivant :

℞ Onguent mercuriel........ 2 parties | Amidon en poudre.......... 1 partie.

Mêlez exactement.

Comme je l'ai dit, dans mes *Leçons cliniques* (2), j'emploie ce moyen avec ccès ; seulement, pour diminuer encore la trop grande fluidité du mercure, je ets parties égales d'onguent et d'amidon.

Collodion. — Des faits récents sont néanmoins venus nous apprendre que peut-re l'action du mercure n'est pas indispensable, et que, si les autres emplâtres ont pas réussi, c'est qu'ils ne comprimaient pas suffisamment la peau. M. Aran fait connaître à la Société médicale des hôpitaux (3) des cas dans lesquels une *uche de collodion*, étendue sur les pustules de la face, en a complétement arrêté développement. Dans un cas que j'ai observé, le collodion appliqué pendant ngt-quatre heures avait arrêté le développement des pustules, mais le malade ayant plus voulu le supporter, elles ont repris leur accroissement. Le seul incon-nient de ce moyen est d'occasionner une constriction pénible.

Enfin, de nouveaux essais (4) m'ont démontré que ce médicament employé, soit ur, soit mélangé avec une petite quantité d'huile de ricin, pour lui donner plus élasticité, ou encore avec du noir de fumée, pour le rendre imperméable à la mière, a des résultats fort incertains. Souvent, en effet, les pustules n'ont fait e gagner en largeur ce qu'elles perdaient en hauteur.

M. Robert Graves (5) s'est servi de la solution de gutta-percha; il cite deux servations dans lesquelles ce topique, étendu sur la face, n'a pas empêché éruption, mais seulement les ulcérations qui en sont la suite.

(1) Voy. Gariel, *loc. cit.*
(2) *Union médicale*, 8 février 1853.
(3) Séance du 25 septembre 1850.
(4) Voy. *Union médicale*, 8 février 1853
(5) Voy. *Bulletin gén. de thérap.*, 30 mars 1852.

D'autres topiques ont été employés. Je ne ferai que mentionner les *lotions froides* sur la face (car c'est toujours la face que l'on cherche à préserver) combinées avec les excitants aux extrémités, des *lotions alcalines*, des *embrocations huileuses*. Larrey a rapporté que, chez les Égyptiens, on prévient les cicatrices de la variole en couvrant la face de *lames d'or ;* on a été jusqu'à proposer le *vésicatoire volant*. Ces divers moyens ne méritent pas autre chose qu'une simple indication, et en définitive, c'est l'onguent mercuriel qui doit être préféré.

Vaccin à haute dose. — Un autre moyen abortif qui a une grande célébrité, est celui qui a été proposé par le docteur Eichorn. Ce médecin recommande de *pratiquer*, dès que l'on reconnaît les symptômes d'invasion, et même lorsque l'on aperçoit les premières traces des pustules, *40 ou 50 petites incisions sur la peau, et d'y introduire autant de vaccin que possible.* Ce vaccin doit être pris dans une pustule vaccinale, et non conservé. M. Eichorn cite des faits très favorables à cette méthode. En France, on n'a fait à ce sujet que des expériences tout à fait insuffisantes. Cependant n'oublions pas les faits cités par MM. Rayer, Tardieu, Herpin, Hérard, etc., desquels il résulte que l'éruption vaccinale a une influence marquée sur la marche de la variole, et que cette influence est favorable ; ce qui doit engager le praticien à vacciner, dans les épidémies, même au début de la variole.

2° *Traitement de la variole simple et régulière.* — Ce que je dirai relativement au traitement de la rougeole et de la scarlatine régulières pourrait trouver place ici. Au lieu de donner au malade des excitants de toute espèce, de provoquer l'éruption par des topiques irritants, par l'accumulation des couvertures, on se contente aujourd'hui de donner des boissons émollientes ou acidules à une température modérée ; de tenir le malade à l'abri du froid, sans entretenir autour de lui une température élevée ; et ces soins hygiéniques, joints à quelques précautions, comme celle de maintenir le ventre libre, de tenir les malades éloignés du bruit, suffisent dans les cas où la variole est régulière, alors même que les symptômes ont une assez grande intensité.

Cependant on a recommandé quelques moyens particuliers qu'il importe de passer en revue.

Depuis Rhazès, un bon nombre de médecins ont proposé d'*ouvrir les pustules* arrivées à l'époque de la suppuration, afin de prévenir les cicatrices. C'est dire assez que cette opération se fait principalement à la face. Après avoir ouvert les pustules et en avoir évacué le pus, on les couvre d'applications émollientes ou l'on fait sur elles des lotions tièdes. Van Swieten et J. Frank vantent cette pratique, mais nous n'avons pas en sa faveur ces preuves qui entraînent la conviction, et qu'on demande si souvent en vain dans les questions de thérapeutique.

Il faut rapprocher de cette méthode des *bains simples* ou *émollients*, donnés dans le but de favoriser la chute des croûtes et de faire cesser les démangeaisons.

Les *onctions* avec l'huile d'amandes douces, avec l'axonge, etc., sont utiles dans le même sens. Il ne faut pas oublier aussi d'empêcher, par tous les moyens possibles, les malades de se gratter ; recommandation importante quand il s'agit d'un jeune enfant. Enfin il faut entretenir une grande propreté autour du malade.

Tels sont les moyens qui conviennent à cette espèce. Cependant si, au début, la fièvre était très intense, et la céphalalgie, ainsi que le lumbago, très vifs, on pourrait pratiquer *une ou deux saignées générales* sur un adulte robuste ; mais c'est

moyen qu'il ne faut employer qu'avec prudence. Les *sangsues à l'anus*, *aux* *eds*, *au cou*, sont quelquefois prescrites lorsqu'il paraît y avoir une forte conges- n vers la tête. Dans plusieurs cas où la période de suppuration s'accompagnait délire violent, M. Aran (1) a prescrit avec succès des bains tièdes et des prépa- tions opiacées. Des *gargarismes émollients opiacés*, *astringents*, sont opposés mal de gorge, suivant sa plus ou moins grande acuité. M. Herpin (2) a réussi, ns un cas de variole confluente qui, ayant déterminé une éruption très forte dans rrière-gorge, rendait la déglutition impossible, à rétablir cette fonction à l'aide la *cautérisation avec une solution de nitrate d'argent*.

3° *Traitement de la variole irrégulière, maligne.* — Ici je n'aurai qu'à ren- yer ce que je dois dire à propos de la scarlatine et de la rougeole dans les mêmes nditions; aussi me bornerai-je à une simple indication.

Si les symptômes ataxiques prédominent, on a recours aux *antispasmodiques* *storéum*, *musc*, *camphre*, *asa fœtida*, etc.); si c'est l'adynamie, on donne les *niques*, et en particulier le quinquina et les vins généreux; s'il s'agit d'une *riole hémorrhagique*, on s'abstient de la saignée et l'on administre les *astrin- nts* (la ratanhia en particulier), les boissons acidules et aussi les *toniques*. Si éruption se fait très mal, sans qu'on en trouve la cause dans une complication 'on puisse combattre, on a proposé de recourir aux *excitants généraux*, à l'ac- ion d'une température élevée sur la peau, etc. Mais a-t-on réussi par ces moyens? 'oilà ce qu'il faudrait démontrer.

4° *Traitement de la variole compliquée.* — Les *complications* ne demandent ue des moyens bien connus du lecteur, car elles ne sont autre chose que des ma- dies particulières dont nous parlerons dans les autres parties de cet ouvrage, t qui n'exigent pas d'autre traitement que celui qu'on leur oppose lorsqu'elles ont isolées. Il n'y aurait donc aucune utilité à insister sur ce point. D'ail- urs, toutes ces médications qu'on a vantées comme efficaces dans les cas graves t compliqués ont-elles produit réellement les heureux effets qu'on leur attribue? ù sont les faits concluants? Tout se réunit donc pour m'engager à passer outre.

5° *Traitement préservatif.* — Avant la découverte de la vaccine, on avait cours à l'*inoculation*, c'est-à-dire qu'on communiquait aux individus non atteints térieurement par la maladie une variole qu'on cherchait à rendre la plus bénigne ossible, en se plaçant dans les conditions suivantes : On prenait le pus variolique ez un sujet d'une bonne constitution et ne présentant qu'une variole discrète, ns aucune complication; on opérait le sujet dans de bonnes conditions de santé, moins qu'on ne redoutât l'influence épidémique, et l'on tâchait par là d'obtenir ne variole bénigne. Quant à l'opération, elle est semblable à la vaccination, qui ra décrite plus tard. Je ne suis entré dans ces détails que parce que le praticien uvant se trouver sans vaccin dans des circonstances où il est nécessaire de pré- unir les sujets contre la variole, ils ont encore un certain degré d'utilité. Toutes s fois qu'on peut se procurer du vaccin, on ne pense pas un seul instant à recourir ce procédé, que quelques auteurs ont vivement attaqué, mais à tort, car il a, ndant un assez long temps, rendu de grands services, bien qu'il ne fût pas exempt inconvénients, comme tant d'autres moyens qu'on ne rejette pas pour cela.

(1) *Bulletin gén. de thérap.*, 30 janvier 1851.
(2) *Gazette méd. de Paris*, décembre 1848.

Le moyen préservatif par excellence est la *vaccine*. Devant lui consacrer un article, je me borne à l'indiquer ici.

Quand on est surpris par une épidémie violente, soit qu'on puisse pratiquer la vaccination, soit, ce qui est bien rare, qu'on soit réduit à avoir recours à l'inoculation, soit enfin qu'on n'ait à sa disposition ni l'un ni l'autre de ces moyens, l'*isolement* est toujours nécessaire, alors même que les sujets pour lesquels on craint ont été vaccinés; on ne doit laisser auprès des malades que les personnes indispensables pour les soigner. Dans les cas sporadiques, il suffit d'éloigner d'eux les individus non vaccinés. Tout autre moyen préservatif est complétement illusoire.

Le traitement que je viens de présenter est trop simple pour qu'il soit nécessaire d'en donner un résumé détaillé.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Traitement abortif. — Cautérisation; méthode ectrotique; emplâtre mercuriel; onctions mercurielles; collodion; vaccination à l'aide de nombreuses incisions (Eichorn); lotions froides; lames d'or, etc.

Traitement de la variole simple et régulière. — Semblable à celui de la scarlatine pour les soins généraux; ouvrir les pustules, les absterger, appliquer sur elles les topiques émollients; bains simples dans la dessiccation; traitement des symptômes lorsqu'ils ont une intensité un peu plus grande qu'à l'ordinaire.

Traitement de la variole irrégulière, maligne, compliquée. — Semblable à celui de la rougeole et de la scarlatine dans les mêmes conditions.

Traitement préservatif. — Inoculation; vaccine; isolement.

ARTICLE II.

VARIOLOÏDE.

Aujourd'hui tout le monde convient que la varioloïde, regardée par quelques auteurs comme une affection particulière différente de la variole, n'est autre chose que la variole elle-même, offrant un haut degré de bénignité et plus ou moins modifiée dans sa marche et dans ses symptômes. Je n'ai pas, par conséquent, à en présenter une description détaillée, mais seulement à indiquer rapidement quelles sont les particularités qui la font différer un peu de la variole ordinaire.

La varioloïde a été désignée par quelques auteurs sous les noms de *variole bâtarde*, *adultérine; varicelle tronquée; variole vaccinique*, *mitigée; varicelle pustuleuse.*

Dans les premières années qui ont suivi la découverte de la vaccine, on ne croyait pas à l'existence d'éruptions varioliques après une bonne vaccination; et comme c'est principalement après la vaccination que se manifeste la varioloïde, on regardait celle-ci comme étant très peu fréquente. Mais, quelques années plus tard, le faits qui prouvaient l'existence d'une éruption variolique chez les vaccinés se multiplièrent, et la varioloïde se montra plus fréquemment; il y a quelques années, enfin, ces faits sont devenus très nombreux, et aujourd'hui la grande fréquence de la varioloïde n'est plus contestée.

Ayant reconnu l'identité de nature de la variole et de la varioloïde, j'ai peu de chose à dire sur les *causes*. Le même virus les produit toutes les deux ; seulement la varioloïde se déclare en particulier chez les individus déjà vaccinés, ou qui ont eu une première attaque de variole. C'est surtout dans les épidémies qu'on voit un très grand nombre de sujets atteints de la varioloïde.

Symptômes. — En général, les symptômes de la *période d'invasion* sont très légers ; quelquefois ils manquent ; rarement ils sont intenses. L'*éruption est remarquable* par le petit nombre de pustules, l'absence de gonflement et de rougeur érythémateuse étendue ; par le petit volume de ces pustules, leur prompt développement dans un certain nombre de cas ; par leur forme tantôt acuminée, tantôt au contraire déprimée ; et dans un certain nombre d'entre elles, par un arrêt de développement qui fait que les unes restent papuleuses et les autres simplement vésiculeuses.

Mais la modification la plus importante est l'*absence de la fièvre de suppuration* et la prompte *dessiccation des pustules*, qui, parvenues en deux, trois ou quatre jours, à leur entier développement, se dessèchent du jour au lendemain, et se couvrent d'une petite croûte noirâtre qui ne tarde pas à tomber.

La maladie dure de six à douze jours. Aucun moyen actif de *traitement* ne doit lui être opposé, et l'on peut donner une alimentation rapidement croissante dès que la dessiccation s'est manifestée.

Je rattache à la varioloïde la plupart de ces affections désignées sous le nom de *fausses varioles*, de *varioles bâtardes*, etc. ; et, si je dis seulement la plupart, c'est uniquement parce que, dans quelques cas, on a, par erreur de diagnostic, donné ces noms à des maladies de la peau qui n'avaient rien de commun avec la variole.

ARTICLE III.

VARICELLE.

Si les auteurs sont unanimes pour regarder la varioloïde comme une variole modifiée, il n'en est plus de même quand il s'agit de la varicelle. Cependant les faits signalés par MM. Thomson, Bérard et Lavit (1) ne me paraissent laisser aucun doute à cet égard, et les preuves deviennent chaque jour tellement convaincantes, que les objections adressées à cette manière de voir perdent de plus en plus de leur vivacité. Il me suffira donc, dans cet article comme dans le précédent, de signaler les particularités que présente la varicelle, laissant de côté ce qu'elle a de commun avec la variole régulière.

La varicelle a été décrite sous les noms de *variolæ spuriæ*, *pemphigus varioloïdes ; chicken-pox*, *swine-pox*, *horn-pox nerles*, *hives* (angl.).

Comme la varioloïde, elle se montre principalement chez des sujets qui ont été bien vaccinés ou qui ont eu la variole. C'est surtout dans les épidémies de variole qu'on les voit apparaître.

Symptômes. — Il y a deux variétés principales de varicelle qui présentent des symptômes particuliers. Je les passerai en revue après avoir dit un mot des symptômes communs.

Symptômes communs. — Les symptômes de la *période d'invasion* sont les

(1) *Essai sur les anomalies de la variole et de la varicelle*. Montpellier, 1818.

mêmes que ceux de la varioloïde : comme dans cette maladie, ils sont généralement très légers, rarement ils ont une intensité notable.

Symptômes des diverses variétés. — *a. Varicelle à petites vésicules* (*chicken-pox*). L'éruption est remarquable par les vésicules qui sont d'un petit volume, les unes acuminées, les autres aplaties, et dont le fluide, d'abord transparent, devient lactescent au bout de deux ou trois jours ; par la démangeaison qui se manifeste à cette époque, et par la prompte dessiccation. Au bout de six ou sept jours, en effet, les vésicules se recouvrent de légères écailles brunâtres, qui tombent le neuvième ou le dixième jour. Pendant les deux ou trois jours de l'éruption, on voit des apparitions successives d'un certain nombre de vésicules, de telle sorte que dans un point du corps on les trouve à l'état naissant, tandis que dans d'autres elles sont pleines de liquide transparent, et dans d'autres flasques ou lactescentes, ou déjà en dessiccation.

b. Varicelle à vésicules globuleuses (*swine-pox*). — La seule différence qu'il y ait entre cette variété et la précédente, c'est que les vésicules sont plus grosses et se remplissent promptement d'une assez grande quantité de fluide ; et comme, d'un autre côté, la démangeaison est vive, les malades crèvent souvent ces vésicules, en se grattant ; de sorte qu'il en résulte des croûtes plus larges, qui persistent plus longtemps, et laissent parfois après elles des cicatricules.

On a encore décrit d'autres variétés de varicelles. Les principales sont la *varicelle papuleuse ou verruqueuse* (*horn-pox nerles, varicella solidescens*), et la *varicelle globuleuse proprement dite* (*hives*); mais elles ne méritent pas de description particulière.

La maladie dure huit ou neuf jours ; elle peut se prolonger un peu plus longtemps si les vésicules sont rompues.

Le *traitement* ne diffère en rien de celui de la varioloïde.

ARTICLE IV.

VACCINE.

Dans cet article, je me propose principalement de discuter les grandes questions qui ont été agitées dans ces dernières années, et qui ont, en dernier lieu, été l'objet d'un concours devant l'Académie des sciences et d'un rapport important de M. Serres (1). C'est, en effet, la solution de ces questions qui intéresse le plus le praticien. Mais, avant de les aborder, je tracerai en peu de mots la description de la vaccination et de la vaccine.

La grande découverte de Jenner était déjà répandue dans le monde entier, lorsqu'on trouva dans l'Inde et dans l'Amérique du Sud des traces anciennes de vaccination. On s'est, en outre, souvenu que, dans le pays même où Jenner fit ses expériences, des observateurs avaient remarqué que l'inoculation accidentelle du *cow-pox*, chez des sujets qui travaient des vaches, était un préservatif contre la variole ; mais qu'était-ce que ces connaissances perdues dans quelques points du globe ? C'est à celui qui, ignorant complétement les tentatives faites avant lui, a tiré des faits qu'il observait des déductions rigoureuses, et a érigé la vaccination en méthode générale, c'est à Jenner que revient tout l'honneur de la découverte.

(1) *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 1845, t. XX.

Ce fut en 1798 que Jenner publia le résultat des recherches qu'il avait faites les années précédentes (1); et, bientôt après, la vaccination fit des progrès rapides. En 1800 fut établi en France un comité de vaccine, dont le secrétaire, Husson, montra le plus grand zèle, et qui contribua beaucoup à répandre la nouvelle méthode. Dès ce moment, en effet, elle commença à pénétrer plus ou moins promptement dans tous les pays. Aujourd'hui il est peu de contrées, même parmi les plus barbares, où elle soit inconnue.

Le nombre des écrits publiés sur la vaccine est immense. Une simple indication demanderait un espace considérable; je n'entreprendrai pas de la donner. Ceux qui voudront avoir l'historique le plus complet sur ce point le trouveront dans l'ouvrage de M. Steinbrenner (2). Dans le cours de cet article, je signalerai les travaux qu'il nous importe le plus de connaître.

§ I. — Définition.

La vaccine est une maladie éruptive, pustuleuse, fébrile, transmise primitivement à l'homme par l'inoculation du *cow-pox*, pustule qui se développe sur les trayons des vaches.

§ II. — Vaccination.

La vaccination est cette inoculation qui communique la maladie de la vache à l'homme, et ensuite de l'homme vacciné à l'homme non vacciné. Dans sa description, je vais passer en revue la *conservation du vaccin*, les *conditions dans lesquelles doivent se trouver et le sujet sur lequel on prend le vaccin et celui qu'on vaccine*, enfin le *procédé opératoire*.

a. Conservation du vaccin. — Différents procédés ont été mis en usage pour la conservation du vaccin.

Jenner prenait une plaque de cristal poli ayant dans son milieu une petite fossette d'une capacité telle, qu'elle pouvait contenir tout le fluide d'un bouton vaccinal; il la remplissait de manière que le fluide fît une légère saillie; il humectait une autre plaque de cristal avec le liquide vaccinal, en la posant sur le bouton ouvert, et l'appliquant ensuite sur la première. La difficulté de ne pas enfermer une bulle d'air avec le vaccin a fait généralement renoncer à ce procédé.

Un autre procédé consiste à imbiber un morceau de coton ou de charpie de liquide vaccinal et à le renfermer, soit entre deux plaques de verre bombées, soit dans un cylindre creux fait avec de la cire et placé entre deux lames de verre (Kreyzig).

M. Bretonneau fait pénétrer le vaccin dans des tubes capillaires, dans lesquels il le fait monter par l'action de la capillarité, et ferme ensuite les deux extrémités en les fondant à la lampe.

M. Fiard se sert de tubes d'un demi-millimètre de diamètre, terminés par une petite ampoule. Il raréfie l'air de celle-ci par la chaleur de la main ou de la bouche, puis applique l'extrémité du tube sur le bouton ouvert; on découvre l'ampoule, l'air s'y condense et le fluide y est attiré.

(1) *Rech. sur les causes et les effets de la vaccine*. Londres, 1798, trad. par Delaroque, Lyon, 1800.

(2) *Traité de la vaccine*, etc. Paris, 1846.

[illegible] on a conservé très longtemps le [illegible] particuliers qu'on n'a pas toujours, et [illegible] beaucoup plus simples et beaucoup [illegible]

[illegible] suffir[illegible] avoir divisé le bouton en plusieurs [illegible] d'y appliquer successive[illegible] de fermer la lancette, en ayant [illegible] d'un petit linge ou d'une bande[illegible] l'instrument. On a pu en conserver sur des [illegible] plumes taillées en cure-dents. Ce [illegible] le vaccin très longtemps. Cependant [illegible] qui exigeaient des voyages de longue [illegible]

[illegible] avec lequel on peut conserver le vaccin plus [illegible] sur le bouton ouvert deux petites plaques de verre [illegible] l'une contre l'autre, en ayant soin que les parties [illegible]. On les enveloppe ensuite d'une feuille d'étain.

Enfin on peut garder des croûtes vaccinales tombées naturellement au dix-huitième ou vingtième jour de boutons restés intacts.

De tous ces procédés, celui qui consiste à enfermer le vaccin entre deux plaques de verre est le plus simple ; en outre, il conserve bien la matière vaccinale, et, par conséquent, il doit être préféré. Cependant, si l'on voulait conserver le vaccin pendant très longtemps, les tubes capillaires de M. Bretonneau et le tube à ampoule de M. Fiard seraient préférables. On comprend que ces détails étaient nécessaires, car des précautions que l'on prend dépend souvent le succès de ces petites opérations.

b. Conditions dans lesquelles doit se trouver le sujet chez lequel on prend le vaccin. — On prend ordinairement le vaccin chez des enfants forts, vigoureux et ne présentant aucune espèce de maladie ; cependant on a vu du vaccin pris chez des enfants chétifs produire une très belle vaccine. En temps d'épidémie, on n'hésiterait pas à prendre du vaccin chez un sujet faible et même malade, pourvu que sa maladie ne fut pas contagieuse, bien que les intéressantes recherches de M. Taupin aient prouvé que, même dans ces cas, la maladie concomitante ne se communique pas, et la vaccine est ordinairement très belle. Avant tout, en effet, il faut préserver d'une affection épidémique souvent funeste. On a dit que, pour vacciner les adultes, il valait mieux prendre du vaccin chez d'autres adultes ; mais rien n'est moins prouvé.

Le sujet doit présenter une vaccine peu avancée (du quatrième au huitième jour de l'éruption) ; les pustules doivent être intactes, autant que possible, et le liquide doit être transparent et assez visqueux pour que le bouton ne s'affaisse pas rapidement, après la piqûre, par suite de l'écoulement brusque du vaccin.

Suivant M. Dubois (d'Amiens), qui a fait des recherches intéressantes sur le liquide vaccinal (1), ce liquide doit être transparent et cristallin ; mais MM. Fiard

(1) *Bulletin de l'Acad. de méd.* Paris, 1838, t. II, p. 595.

et Bousquet ont reconnu que cette condition n'est pas indispensable, et que du vaccin louche et non cristallin peut très bien s'inoculer.

Toutes ces précautions, je dois le dire d'une manière générale, ont une certaine importance ; mais on ne doit y tenir que lorsqu'on a à sa disposition un nombre plus considérable de sujets vaccinés, et lorsqu'on n'est menacé par aucune épidémie. Dans le cas contraire, il faut se garder de les considérer comme indispensables.

c. *Conditions dans lesquelles doit se trouver le sujet que l'on vaccine.* — La vaccination est ordinairement pratiquée chez les enfants : elle réussit mieux chez eux qu'à tout autre âge. A une époque trop rapprochée de la naissance, les conditions sont moins favorables qu'à deux ou trois mois. Avant cet âge, les enfants sont trop faibles, la fièvre vaccinale peut avoir chez eux des inconvénients, les pustules se développent généralement moins bien ; et comme, d'un autre côté, la variole est très rare dans les premiers mois, il y a avantage à attendre. En temps d'épidémie violente, ces considérations ont moins de valeur.

En temps ordinaire, on doit chercher à ne vacciner les sujets que dans de bonnes conditions de santé ; cependant la débilité de l'économie et l'existence de maladies chroniques ne doivent pas absolument arrêter. En temps d'épidémie, il faut vacciner indistinctement tous les sujets non vaccinés, même ceux qui ont des maladies aiguës graves.

Pour les *revaccinations*, dont je parlerai plus loin, il faut, en temps ordinaire, les pratiquer de 12 à 15 ans après la première vaccination ; en temps d'épidémie, on doit recourir à cette opération chez tous les sujets qui le désirent. Cependant, après l'âge de trente ans, ce préservatif devient beaucoup moins nécessaire.

On évite généralement, hors les temps d'épidémie, de pratiquer la vaccination pendant les grands froids et les grandes chaleurs. Sauf ces exceptions, toutes les époques de l'année sont bonnes. Il est inutile de préparer les sujets par la diète, les purgatifs, les saignées, les bains. Si la peau est rugueuse, on peut néanmoins donner un ou deux bains.

d. *Procédé opératoire.* — On a mis en usage plusieurs moyens : il n'en est que trois qui méritent d'être mentionnés. Les deux premiers sont le *vésicatoire* et l'*incision* : ils sont abandonnés ; l'incision est seulement employée quelquefois dans les cas de variole imminente (1) : je n'en parlerai pas ici. Le troisième est universellement mis en usage ; il consiste dans l'*inoculation par piqûre*, que l'on pratique ainsi qu'il suit :

L'*instrument* dont on doit se servir est une lancette ordinaire, à grain d'orge ou à grain d'avoine. Une aiguille à coudre, une aiguille d'or, une aiguille aplatie et cannelée peuvent servir au besoin, mais ne présentent pas de plus grands avantages.

Le *lieu d'élection* pour l'inoculation est le bras à sa partie externe et supérieure. Cependant toutes les parties du corps peuvent recevoir la vaccination.

« Le procédé opératoire, disent Guersant et M. Blache, à qui j'emprunte la description suivante, varie suivant que le vaccin qu'on emploie est liquide ou qu'il est desséché.

» *Dans le premier cas*, l'opérateur, après avoir préalablement chargé l'instru-

(1) *Procédé Eichorn*. Voy. article *Variole*.

[illegible] avec la main gauche le bra[illegible] [illegible] pratique la piqûre en [illegible] qui peut être ou le [illegible] laisse séjourner un instan[illegible] [illegible] en lui faisant exécuter [illegible] la petite solution de co[illegible] [illegible] en virus, insèrent à plus[illegible] [illegible] la retournent sens des[illegible] [illegible] le doigt sur le lieu de la [illegible] précautions, un peu minutieuse[illegible] [illegible] s'en affranchir, pour [illegible] autant que possible de faire [illegible] En effet, ce liquide, quand il [illegible] avec lui. Il est cependant assez di[illegible] [illegible] quand on vaccine des enfants [illegible] sous l'influence des cris et de l'agitation, [illegible] à peau sans faire couler le sang. En pareil cas, on [illegible] très superficielles. Nous devons néanmoins [illegible] d'un pareil accident, et nous dir[illegible] que [illegible] ainsi que M. Bousquet (1), des boutons-vaccin[illegible] se développer [illegible] avec une grande activité, dans des cas où la lancette avait pénétré à une très grande profondeur dans la peau et les muscles du bras. La même lancette une fois chargée peut servir à pratiquer deux ou trois piqûres de suite, surtout quand on les fait très superficielles et avec une grande promptitude. Il nous paraît toutefois plus avantageux, pour le succès de l'opération, d'essuyer et de laver l'instrument après chaque piqûre, et de le charger de nouveau.

» *Lorsque l'humeur vaccinale est renfermée dans des tubes capillaires*, on casse les deux extrémités du tube; on adapte à l'une d'elles un tuyau de paille ou un très petit tube de verre en forme d'entonnoir, et l'on applique l'autre sur une lame de verre; on souffle très doucement dans cette paille de façon qu'il reste environ 2 ou trois millimètres de vaccin dans le tube. Cette dernière précaution est indispensable; car si on la négligeait, il pourrait se faire que l'air insufflé altérât le virus et diminuât son efficacité. Lorsque le vaccin est descendu sur la lame de verre, on l'y reprend avec la lancette, et on l'inocule comme dans la vaccination de bras à bras. On peut aussi prévenir l'altération du fluide-vaccin par le contact de l'air insufflé, en cassant d'abord les deux extrémités du tube, et en divisant ensuite la partie moyenne en deux parties égales, à l'aide du bord aigu d'une pierre à fusil. On a de cette manière deux espèces de petits godets, dans chacun desquels on puise facilement le vaccin avec la pointe de la lancette. Quand on veut se servir du vaccin conservé dans les tubes proposés par M. Fiard, il suffit de briser la pointe et de réchauffer l'ampoule; le vaccin s'échappe bientôt du tube par le seul effet de la dilatation de l'air; on le reçoit alors sur une plaque de verre ou sur la lancette elle-même.

» *Si le vaccin qu'on doit employer est desséché sur des plaques*, on ne doit

(1) *Nouveau traité de la vaccine et des éruptions varioleuses*. Paris, 1848, p. 158.

s verres de la feuille d'étain qui les enveloppe qu'au moment même de r. On délaye le vaccin avec une très petite goutte d'eau ou de salive; on ques minutes la solution avec la pointe de la lancette, jusqu'à ce qu'on tre aucune partie solide, aucun grumeau, et que le mélange ait acquis stance mucilagineuse; on en charge ensuite la pointe de l'instrument, et le à l'insertion comme il a été dit plus haut. Lorsque le vaccin a été ar des fils, on les place sur une petite plaque de verre, et, à l'aide d'une te d'eau froide, on délaye la matière vaccinale comme il a été indiqué Si l'on fait usage d'un morceau de linge imprégné de vaccin, il suffit de lusieurs reprises sur ce linge la lancette humectée d'eau, et elle se isi du virus. Quand on emploie des lancettes non oxydables, d'or, u d'ivoire, etc., on conseille de faire la piqûre avec une lancette ordi- l'insérer ensuite dans la plaie la lancette chargée du vaccin desséché. serait-il plus convenable de délayer préalablement le vaccin sec; on évi- t les insuccès, qui sont ordinairement le résultat de ce mode d'inocula- nd on se sert des croûtes vaccinales, il faut avoir bien soin d'enlever, recommande Sacco (1), une lamelle très mince, résultat de la dessicca- le goutte de pus formée au centre de la pustule. Cela fait, on délaye la vec un peu d'eau froide, jusqu'à son entière dissolution, et l'on procède à nation comme nous venons de l'indiquer. On a proposé aussi de se servir, i manière suivante, des croûtes réduites en poudre fine : on prend une ancette cannelée à laquelle est adapté un ressort qui pousse le long de la re jusque sous l'épiderme la poudre vaccinale qui y est déposée. La plupart inateurs s'accordent à reconnaître l'infidélité de ce moyen, d'ailleurs à peu sité aujourd'hui.

n'a besoin d'appliquer aucun appareil sur le bras des sujets vaccinés; on cher les petites plaies, et l'on évite seulement ensuite de les mettre en avec de la laine ou des chemises d'un tissu trop grossier, de tenir le bras ns un vêtement trop étroit. Il n'est pas plus nécessaire de faire suivre un ux sujets inoculés, de les empêcher de quitter leur lit ou de prendre l'air s, à moins que la température extérieure ne soit très basse. La vaccine se e sans qu'on ait besoin de recourir à toutes ces précautions. S'il survient ement fébrile au huitième ou dixième jour, et que l'accès inflammatoire intense, on diminuera la quantité des aliments et l'on prescrira quelques rafraîchissantes. Dans le cas où les pustules viendraient à s'ulcérer, on a les émollients et les moyens propres à hâter la cicatrice. Mais si l'ulcé- lieu avant le septième jour, il sera prudent de procéder plus tard à une vaccination; car il y a lieu de craindre que la première ne soit pas pré- . Quant à l'usage des purgatifs après la vaccination, il est plus sage d'y , à moins d'indications très évidentes ou de complications qui puissent en 'utilité. »

§ III. — Degré d'efficacité de la vaccine.

ujet du concours qui fut jugé par l'Académie des sciences en 1845, les

ité de vaccination, trad. par J. Daquin. Paris, 1813, p. 222.

cinq questions suivantes avaient été posées : 1° La vertu préservatrice de la vaccine est-elle absolue ou temporaire ? 2° Le cow-pox est-il supérieur au vaccin ordinaire ? 3° Faut-il renouveler le vaccin ? 4° L'intensité des symptômes locaux du vaccin a-t-elle une importance réelle ? 5° Les revaccinations sont-elles utiles ? quelle est l'époque où elles le deviennent ? En y réfléchissant, on verra que la solution de ces cinq questions doit renfermer tout ce que le praticien a besoin de savoir relativement à la vertu préservatrice de la vaccine ; et comme j'ai eu occasion (1), à propos de l'ouvrage de M. Steinbrenner, de traiter avec soin ces questions précisément au point de vue qui nous occupe, il me suffira de reproduire ici les principaux passages de ce travail.

1° *La vertu préservatrice de la vaccine est-elle absolue ou temporaire ?* « L'observation des épidémies, dit M. Steinbrenner, nous prouve qu'il y a des vaccines qui sont et restent un préservatif aussi parfait que la variole elle-même. Cette même observation des faits nous révèle en outre que le nombre des vaccines véritablement et constamment préservatrices a toujours été bien supérieur au nombre de celles qui ne le sont pas ; mais dans l'épidémie de Marseille, qui n'a pas encore été égalée pour la gravité et pour l'intensité, depuis la généralisation des vaccinations, on a compté sept fois et demi plus de vaccinés âgés de dix à trente ans chez lesquels la vaccine s'est montrée préservatrice, qu'on n'a vu de vaccinés du même âge chez lesquels la préservation a fait défaut. Dans d'autres épidémies moins intenses, la proportion des préservés est restée encore bien plus élevée, et aujourd'hui il y a déjà un grand nombre de vaccinés qui ont dépassé l'âge de trente à trente-cinq ans, et qui ont passé par des épidémies répétées de variole sans éprouver aucune influence pernicieuse : de sorte que leur vaccine peut être regardée comme définitivement préservatrice, parce qu'elle les a protégés jusqu'à cette limite de l'âge où le danger de la variole s'évanouit de lui-même. Il faut donc admettre (et c'est un grand sujet de tranquillité) que la grande majorité des vaccinés se trouve réellement préservée de la variole ; mais en même temps nous ne pouvons nous dissimuler qu'une minorité d'un chiffre imposant ne jouit pas des mêmes bénéfices d'une vaccine également présumée bonne. Le danger est assez réel pour éveiller de justes sollicitudes et faire craindre la variole à chaque vacciné. »

Puis, recherchant les causes de cette non-préservation, M. Steinbrenner trouve d'abord l'absence de réaction générale après la vaccination, bien que les pustules se soient montrées avec tous leurs caractères ; en second lieu, le non-développement de ce que l'auteur appelle la *réceptivité*, au moment où l'on a vacciné l'enfant, réceptivité qui pourra se produire plus tard ; ensuite certains états de l'organisme, certaines maladies qui ont pu s'opposer à l'inoculation, et qui plus tard, disparaissant, laissent le malade exposé à la contagion ; enfin l'insuffisance, chez un certain nombre de sujets, d'un virus vaccin affaibli.

Ainsi, dans presque tous ces cas (et c'est là un point très important pour la pratique), il est impossible de reconnaître si la vaccine est ou n'est pas préservatrice, et rien n'autorise à admettre que la réceptivité, pour nous servir de l'expression employée par l'auteur, a été détruite et s'est reproduite ensuite. Nous voilà déjà bien loin, comme on le voit, de l'opinion de Heim et de beaucoup d'autres auteurs

(1) *Arch. gén. de méd.*, octobre 1846.

mands qui veulent que la vaccine n'ait jamais qu'une vertu préservatrice temaire ; cependant il est des cas (et l'on en a cité un certain nombre) dans lesquels, accine ayant été tout à fait normale, au bout d'un certain temps, qui est ordirement de plus de dix ans, la variole a été contractée. Mais après toutes les lications que nous venons de donner, combien devient faible la proportion de cas, et combien doivent diminuer les craintes que les publications de quelques decins avaient pu faire concevoir ! Elles doivent d'autant plus diminuer, que qu'à présent nous avons uniquement parlé de la possibilité de l'apparition de la iole ou de la varioloïde chez les vaccinés, et non de la mortalité ; que si nous isageons la question sous ce point de vue, nous voyons que la préservation prorée par une première vaccination, bien qu'incomplète, n'existe pas moins à un tain degré, puisque, chez les sujets affectés après vaccine, la mortalité a été aucoup moins grande, et que si la vaccination n'a pas pu empêcher la contagion, moins elle a eu encore une influence marquée sur l'intensité de l'affection et sur terminaison. Cette influence est ordinairement telle, que la maladie ne peut ème pas être considérée comme sérieuse.

Ainsi se trouve successivement réduit à une assez faible expression le danger que urent les vaccinés, et qu'on aurait pu croire immense d'après les écrits des parans des revaccinations. Cependant le danger existe pour quelques-uns, et il est ès réel, puisqu'on a vu des sujets affectés d'une variole mortelle après avoir été ccinés. Or, pour le praticien, il suffit qu'un seul sujet puisse succomber par ite de l'atteinte de la variole après une bonne vaccine, pour que sa sollicitude it éveillée. A ce titre, les recherches des médecins qui ont recommandé les re-ccinations ont une valeur incontestable, et personne ne doit les ignorer, surtout temps d'épidémie, où, comme chacun sait, cette cause mystérieuse, dont nous connaissons que les fâcheux effets, acquiert une puissance incomparablement as grande, et peut frapper par conséquent des individus qui auraient résisté dans s temps ordinaires. Mais ce qu'on ne doit pas craindre de répéter, et ce qu'il a de certain d'après les relevés faits par M. Steinbrenner, c'est que les assertions s revaccinateurs, et en particulier celles du docteur Heim, assertions de nature effrayer les populations, sont empreintes de la plus grande exagération, et qu'elles néralisent ce qui n'est vrai que pour un nombre limité de cas. Nous pouvons aintenant le soutenir hardiment, parce que les faits sont là : non, il n'est pas vrai dire que, par suite de l'épuisement de la vertu préservatrice de la vaccine chez nombre immense d'individus, les populations soient menacées de nouveau de s terribles épidémies de variole qui décimaient les générations avant notre siècle. s populations n'auront rien à craindre de semblable, tant que la vaccine contiera à être inoculée avec le même soin. On pourra voir des épidémies partielles, rce que malheureusement encore il y a partout des foyers de non-vaccinés qui rpétuent la maladie ; des vaccinés seront encore au milieu de ces épidémies, et me isolément, atteints de la variole, comme on voit des sujets être affectés une conde fois de cette maladie, mais ce sont là des accidents qui tendent à devenir plus en plus rares et de moins en moins redoutables.

En d'autres termes, il ne s'agit plus en réalité d'une question d'hygiène publique, ais bien d'une question de pratique particulière. Chaque médecin doit se tracer ne ligne de conduite d'après les faits que nous avons cités ; mais la revaccination

des populations en masse, bien qu'elle n'ait aucun inconvénient, que même elle doive avoir des avantages incontestables *pour un petit nombre de sujets*, n'est plus un objet de première, de rigoureuse nécessité pour la société, comme le prétendent quelques médecins.

2° *Le cow-pox est-il supérieur au vaccin ordinaire?* Il est certain que la lymphe vaccinale, prise sur la vache elle-même, produit des effets locaux et généraux beaucoup plus marqués que le vaccin qui a déjà servi à plusieurs générations; rien ne paraît, par conséquent, plus naturel que de regarder ce dernier comme doué d'une vertu préservatrice moins puissante. Mais à cette présomption, à peu près, s'arrête tout ce que nous savons sur ce point (1). Si l'on examine les faits, on voit que dans plusieurs pays des revaccinations ont aussi bien réussi chez des sujets vaccinés avec le virus renouvelé que chez ceux qui l'avaient été avec le virus ancien. Un seul fait appuie d'une manière assez solide cette opinion de l'affaiblissement du virus en passant à travers les générations : c'est que la proportion moyenne des revaccinations faites avec succès sur des sujets de vingt à vingt et un ans, de 1833 à 1839, a été tous les ans en croissant, ce qui porte à admettre qu'aux années correspondantes, dans lesquelles ces sujets ont été vaccinés, la puissance du virus allait en s'affaiblissant d'année en année (2).

3° *Faut-il renouveler le vaccin?* On ne saurait regarder les faits précédents comme des démonstrations aussi rigoureuses qu'on a paru le croire, mais ce sont assurément des présomptions suffisantes pour qu'on renouvelle le vaccin aussi souvent qu'on pourra le faire. On doit, du reste, engager les médecins bien placés pour cela à ne négliger aucune occasion d'éclairer cette importante question. Quant à savoir par quels moyens il convient de renouveler le vaccin, rien n'est plus facile, d'après les remarques de M. Steinbrenner sur la fréquence du cow-pox chez les vaches. C'est au cow-pox qu'il faut avoir recours; ce moyen sera plus que suffisant avec une bonne organisation des comités de vaccine. Il dépend donc de l'administration que le vaccin conserve toujours au plus haut degré sa vertu préservatrice.

4° *L'intensité des symptômes locaux du vaccin a-t-elle une valeur réelle?* Il résulte des faits très nombreux rassemblés par M. Steinbrenner, qu'il n'y a pas un rapport intime entre l'intensité des phénomènes locaux et la vertu préservatrice de la vaccine, et qu'au contraire ce rapport avec les symptômes généraux est évident. Or, à ce sujet, je ne peux m'empêcher de citer la pratique de Bryce (3), qui était déjà arrivé à une semblable conclusion. Cet auteur, en effet, divisait les pustules de la vaccine en *locales* et en *constitutionnelles*. Ces dernières, dont l'apparition est accompagnée d'un mouvement fébrile plus ou moins intense, sont, d'après lui, seules préservatrices. Si ce mouvement fébrile était toujours suffisamment marqué, il n'y aurait qu'à constater son existence et sa non-existence pour savoir

(1) Comparez Bousquet, *Mém. sur le cow-pox découvert à Passy* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1836, t. V, p. 600). — Fiard, *Expériences comparatives sur la durée du vaccin* (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1844, t. X, p. 139).

(2) Voyez la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. III, p. 6 et suiv.). — *Mémoire sur les revaccinations*, par J. Sédillot (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1840, t. VIII, p. 568 et suiv.).

(3) *Pract. observ. on the inocul. of cow-pox*. Edinburgh, 1809.

cine est bonne; mais il n'en est pas toujours ainsi, et Bryce propose un [ui, dans tous les cas, fait reconnaître si les pustules sont ou ne sont pas tionnelles. Ce moyen consiste dans une deuxième vaccination pratiquée cinq ou six jours après la première. Si la première vaccine a développé onstitutionnel, les vésicules produites par la seconde vaccination parvien- leur point de maturité en même temps que les autres. De cette manière, iquant trois piqûres sur le bras droit le premier jour, et trois autres, six rès, sur le bras gauche, ces dernières devront parcourir rapidement leur , et se dessécheront en même temps que les premières. Ainsi la durée de nières étant de treize à quatorze jours, celle de la seconde vaccination serait à neuf jours.

oyen peut être utile dans les cas où il est nécessaire de s'assurer prompte- i la vaccination a réussi ou non, c'est-à-dire dans les temps d'épidémie.

'st-il nécessaire de vacciner plusieurs fois une même personne (revaccina- *t, dans le cas d'affirmative, après combien d'années faut-il procéder à de les vaccinations?* Voici comment j'ai résolu cette question, qui est celle eut considérer comme la conséquence de toutes les autres, et qui est la ques- ninemment pratique : « Si l'inoculation du vaccin n'a rien produit chez et, on doit répéter la vaccination à d'assez courts intervalles, un an, par e, jusqu'à ce que l'on ait obtenu un résultat. Si cette inoculation n'a pas pro- réaction, de symptômes généraux, on doit se défier de sa vertu préserva- t l'on doit recourir à de nouvelles vaccinations, sans craindre de les faire à ervalles peu considérables, parce que cette pratique ne peut avoir aucun énient. Cependant si une seconde vaccination n'avait aucun résultat, on utorisé à attendre un certain nombre d'années (de cinq à dix) avant de ir à une autre. En temps d'épidémie, néanmoins, il n'en serait pas ainsi, rs on devrait se hâter d'inoculer de nouveau le vaccin. Si, sous quelque t que ce soit, la vaccine a présenté une anomalie quelconque, on ne doit iter à agir comme si la vaccination n'avait été suivie d'aucun résultat. Ces s nous paraissent dictées par la prudence, et l'on ne voit pas pourquoi efuserait à les prendre, puisque ce sont là des tentatives tout à fait inno-

ste maintenant la partie la plus délicate de la question. Nous prenons le un individu ayant été vacciné, la vaccine a suivi sa marche normale; un suffisant de pustules se sont développées, et il y a une réaction générale idente. Quelle doit être la conduite du médecin relativement à la revac- 1? Dans les temps ordinaires, lorsque aucune épidémie ne menace, on peut ns une grande sécurité; cependant, comme il ne s'agit pas pour le prati- considérer les populations en masse, et que, quelque faible que soit la lité de la contagion chez un sujet en particulier, on peut craindre qu'il ne re dans la petite catégorie des individus menacés, il n'est pas possible de celui qui, par excès de prudence, soumettrait à la revaccination les sujets nés déjà depuis huit ou dix ans. Dans les cas d'épidémie, nous pensons, ce qui a été dit plus haut, que les revaccinations doivent être aussi nom- que possible, même chez les sujets qui ont présenté la vaccine la plus . Il n'y a, en effet, aucun inconvénient à revacciner inutilement, et l'on

aurait de grands regrets si, faute d'avoir pris cette mesure, on voyait succomber un seul individu. Ce sont des essais qui peuvent avoir un résultat utile, et dès lors on ne doit pas les négliger. »

Après avoir ainsi résolu ces grandes questions pratiques, il me reste peu de chose à ajouter. Je dirai seulement, d'après le docteur Sacco (1), que, du huitième au onzième jour, l'effet préservatif du vaccin a lieu dans presque tous les cas, et que, passé le treizième jour, tous les sujets sont préservés, si la vaccine est bonne. Mais il est probable que l'effet a lieu plus tôt, et que, s'il a paru en être autrement dans les cas cités par Sacco, par le comité de vaccine et par M. Taupin, c'est que la vaccine n'était pas toujours légitime; car, en cautérisant les pustules à l'époque même de leur apparition, M. Bousquet (2) a vu que l'effet préservatif a également lieu et qu'il se produit pendant la période d'incubation.

ARTICLE V.

ROUGEOLE.

La rougeole, comme la scarlatine et la variole, est une des maladies les mieux étudiées et les mieux décrites. La facilité qu'on a trouvée à suivre la marche si bien déterminée de ces maladies a permis de noter avec la plus grande précision la succession des symptômes, et de tracer son histoire avec exactitude. Il me sera, par conséquent, facile d'en donner une description fidèle sans entrer dans de très grands développements.

Willan, et après lui Bateman, ont voulu faire remonter jusqu'à l'antiquité la connaissance de cette maladie; mais Gruner (3) a démontré qu'elle n'a réellement pas été connue avant les Arabes, et les médecins modernes se sont rangés à cette manière de voir.

Incomplétement étudiée et confondue avec la scarlatine, ou même regardée comme un premier degré de la variole par les premiers médecins qui s'en sont occupés en Europe, la rougeole fut enfin convenablement distinguée par J. Hoffmann et Rosen, ainsi que par plusieurs autres auteurs de la même époque, et bien décrite par Sydenham et surtout par Borsieri (4).

Les recherches modernes ont notablement ajouté à nos connaissances sur ce point de pathologie. MM. Boudin (5), Rufz (6), Rilliet et Barthez (7), Rayer (8), nous ont fourni des documents très importants pour l'histoire de cette affection, et l'on trouve, dans les divers recueils français et étrangers, des mémoires très instructifs sur ce sujet.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Suivant les auteurs qui se sont occupés spécialement des maladies de la peau,

(1) *Traité de vaccination.*
(2) *Nouveau traité de la vaccine et des éruptions varioleuses.* Paris, 1848, p. 518.
(3) *Variol. ant. ab. Arab. sol. repet.*
(4) *Instit. med. pract.* Berolini, 1826.
(5) *Rech. sur les complic.*, etc., thèse. Paris, 1835.
(6) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1836.
(7) *Traité des maladies des enfants.*
(8) *Traité des maladies de la peau*, etc. Paris, 1835, t. I, p. 171.

exanthème serait le point capital de la maladie qui nous occupe; suivant d'autres, au contraire, il ne faut voir en elle qu'une fièvre particulière dont l'éruption n'est qu'une manifestation d'une importance beaucoup moins grande qu'on ne l'a cru généralement. Cette dernière manière de voir, qui s'appuie sur quelques particularités dont je parlerai plus tard, n'est pas nouvelle; elle avait, dans le siècle dernier, fait donner à la maladie le nom de *febris morbillosa*. Aujourd'hui qu'on est revenu de cette exagération qui portait, il y a quelques années, les médecins à chercher le point de départ de toutes les maladies, sans exception, dans une lésion bien déterminée, on ne peut plus avoir de répugnance à regarder la fièvre comme prédominant dans les exanthèmes dont nous nous occupons; mais il faut se garder aussi de faire jouer un rôle trop faible à l'éruption; car nous verrons plus loin que, malgré quelques exceptions, cette éruption est aussi bien en rapport avec l'intensité du mouvement fébrile que l'inflammation d'un organe dans les phlegmasies, et, d'un autre côté, nous ne devons pas oublier que les phlegmasies les mieux caractérisées, la pneumonie, par exemple, peuvent être annoncées par un mouvement fébrile d'une certaine durée, avant qu'aucun symptôme local soit venu annoncer le début de la lésion pulmonaire.

Je définis la rougeole : Une maladie fébrile, contagieuse, dont les symptômes généraux ont une physionomie particulière, et dont le principal symptôme local est l'apparition sur la peau de taches rouges caractéristiques.

Cette affection a été décrite sous les noms de *morbilli*, *febris morbillosa*, *rubeola*, *sarampion* (espagnol), *measles* (anglais), *Masern* (allemand), *rosolia* (italien).

Il suffit de dire qu'il est très rare qu'on échappe à la rougeole, pour qu'on comprenne que c'est une affection des plus communes.

§ II. — Causes.

Nous avons peu de chose à dire sur les causes de cette maladie, comme sur celles des affections du même genre; cependant on trouve dans les auteurs quelques documents utiles.

1° Causes prédisposantes.

Age. — Tout le monde sait que la rougeole, bien qu'elle puisse s'observer jusqu'à un âge avancé (*soixante et seize ans*, Heim), est une maladie de l'enfance; mais, dans cette période de l'enfance, elle affecte de préférence certains âges. Elle est plus rare avant qu'après la première dentition, et fréquente surtout de trois à cinq ans, comme l'ont constaté MM. Rilliet et Barthez. Jusqu'à dix ans, elle se montre assez souvent, devient de plus en plus rare jusqu'à quinze, et ne se déclare plus que chez un très petit nombre de sujets après ce dernier âge. En temps d'*épidémie*, on voit une plus grande proportion de sujets âgés de plus de quinze ans, parce que ceux qui avaient échappé à l'affection sporadique sont atteints par elle lorsqu'elle a acquis une plus grande énergie, ce qui a lieu dans les épidémies. Dans un mémoire très intéressant, M. Michel Lévy (1), qui a observé cette maladie chez des militaires, et dans de petites épidémies, a établi qu'elle est plus fréquente chez les adultes qu'on ne le croit communément.

(1) *Sur la rougeole des adultes*. Paris, 1847.

Rien ne prouve que la rougeole attaque un *sexe* plus que l'autre, et soit plus fréquente dans une saison que dans une autre. M. Michel Lévy fait remarquer que cette affection est une de celles qui ne sont nullement modifiées par les *habitudes hygiéniques* des militaires. Il n'est pas prouvé que les enfants affectés d'une autre maladie, ou débilités par des affections antérieures, soient plus exposés à la rougeole que les enfants dans un bon état de santé.

2° Causes occasionnelles.

La *contagion* de la rougeole est universellement admise; mais comment se fait cette contagion? C'est un point sur lequel on n'est pas complétement d'accord. Des auteurs pensent qu'elle a lieu par contact; mais ce mode de transmission est loin d'être admis par tout le monde. On reconnaît plus généralement la transmission par infection. Ce qui donne à penser néanmoins que la transmission par contact n'est pas impossible, c'est que l'*inoculation* du sang (Speranza), et même de l'humeur lacrymale (Michael de Katona), a communiqué la rougeole (1). Il serait important que ces expériences fussent renouvelées, et elles peuvent l'être avec d'autant moins de scrupule, que la rougeole inoculée s'est toujours montrée très bénigne. Ce qu'il s'agit surtout de constater, c'est si l'inoculation produit une véritable rougeole, ou un exanthème d'une autre nature.

La rougeole est une maladie qui *n'attaque les sujets qu'une fois :* telle est la *règle générale;* il y a cependant des exceptions bien plus fréquentes que pour la variole, et il est bien constaté que cette maladie *peut se montrer deux fois*, et plus souvent encore chez le même individu.

M. le docteur Vandieren (2) a vu à Anvers une petite fille de trois ans, qui, du mois de février au mois d'avril, a été *atteinte trois fois de la rougeole.*

Quant à moi, j'ai vu l'année dernière une petite fille qui en était affectée *pour la quatrième fois.* Les deux premières fois j'observai moi-même la maladie; la troisième fois l'enfant était à Chartres, mais la mère, qui avait vu deux fois les mêmes symptômes, les reconnut à ne pas s'y méprendre; enfin, la quatrième fois, je constatai de nouveau moi-même la nature de l'éruption.

[L'un des annotateurs de ce livre a eu la rougeole deux fois, et son frère trois fois.]

Le caractère *épidémique* de la rougeole est trop connu pour qu'il soit nécessaire d'y insister.

§ III. — Symptômes.

Pour la description des symptômes, il importe de diviser la rougeole en *régulière* et *irrégulière*, *maligne* et *compliquée.*

1° *Rougeole régulière.* — On distingue dans la marche de la rougeole trois périodes : l'*invasion*, l'*éruption*, la *desquamation.* On peut y joindre l'incubation, qui néanmoins n'est pas, à proprement parler, une période de la maladie, puisqu'il n'existe encore aucun symptôme.

Incubation. — L'incubation a lieu pendant cet espace de temps qui sépare le moment de la contagion de celui où se manifestent les premiers symptômes. La diffi-

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1843.
(2) *Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, et *Bulletin gén. de méd.*, septembre 1848.

ulté qu'on éprouve, dans la plupart des cas, à constater le moment de la contagion, fait qu'on n'est pas d'accord sur la durée de l'incubation. Les uns la fixent à six jours (Gaubius), les autres à sept ou quatorze (Home, Vanderbosch), d'autres a font varier de six à sept jours (Willan), de cinq à trente et même à cinquante Barthez et Rilliet). Des médecins ont vu les premiers symptômes se montrer après ingt-quatre heures. Ce qu'il faut conclure de cela, c'est que l'incubation a une lurée très variable dont la moyenne nous échappe encore. Les expérimentateurs qui ont inoculé la maladie l'ont vue apparaître six ou sept jours après l'inoculation; mais c'est là une manière toute particulière d'introduire le virus dans l'économie, et l'on n'en peut pas conclure que les choses se passent de même dans les cas de contagion ordinaire.

Invasion. — Suivant les auteurs, elle peut être précédée, pendant un ou deux jours, de malaise, d'accablement et de céphalalgie; mais ne doit-on pas plutôt voir dans l'apparition de ces symptômes une invasion lente et peu caractérisée?

Dans le plus grand nombre des cas, la maladie commence par des symptômes promptement intenses. Un *frisson* plus ou moins répété est parfois le signal de l'invasion; mais il résulte des recherches de MM. Barthez et Rilliet que dans la plupart des cas le frisson n'existe pas. Une *chaleur* plus ou moins élevée, accompagnée bientôt de sueurs, soit générales, soit bornées à la tête, et que M. Rayer a trouvées quelquefois fort abondantes et d'une odeur douceâtre, une accélération notable du pouls, tels sont les principaux symptômes de l'état fébrile.

En même temps on observe, du côté des *voies respiratoires*, des symptômes bien dignes de remarque. Il y a des *éternuments* fréquents; un écoulement parfois considérable de mucus âcre, une rougeur et un gonflement plus ou moins marqués de la muqueuse nasale; en un mot, les signes d'un coryza ordinairement intense.

Bientôt après, les *yeux* deviennent rouges, larmoyants, sensibles à la lumière; les malades y éprouvent des picotements, et le liquide qui s'en écoule est parfois âcre comme le liquide nasal.

Du côté du *larynx* et des *bronches*, on observe une toux forte, sonore, grave, rude, et présentant, en général, un timbre particulier que tous ceux qui l'ont observé attentivement reconnaissent avec la plus grande facilité; c'est ce qu'on appelle la *toux férine*. Cette toux, souvent presque continuelle, revient parfois par quintes. Chez quelques sujets, loin d'avoir ces caractères, elle est légère et rare comme dans une bronchite bénigne. Il y a en même temps une *respiration* accélérée, difficile, de l'oppression; en un mot, du côté de la poitrine, nous trouvons les symptômes d'une *bronchite*, comme du côté des fosses nasales nous avons trouvé ceux d'un coryza.

Parfois le *pharynx* est aussi enflammé, et il en résulte la chaleur, la sécheresse de la gorge, une constriction du pharynx qui incommode beaucoup les malades. Ce n'est que dans des cas particuliers, dont il sera fait mention plus loin, que les ganglions sous-maxillaires se tuméfient sous l'influence d'une pharyngite violente.

Dès le premier jour, l'*appétit* est perdu, et les malades éprouvent une *soif* plus ou moins vive. Les *nausées*, les *vomissements*, les *douleurs épigastriques* ne sont pas des phénomènes constants; il est même des épidémies dans lesquelles ils ne se

montrent que rarement, mais il en est aussi où on les rencontre chez un assez grand nombre de malades.

La *constipation*, ou bien une *diarrhée légère*, sont des symptômes qui ont été attribués à la période d'invasion de la rougeole sans qu'on ait recherché la proportion de l'un ou de l'autre. On a seulement remarqué que, lorsque la rougeole survient dans le cours de la première dentition, la diarrhée est presque constante.

Les *urines* sont denses, de couleur rougeâtre. M. Becquerel les a trouvées plus denses et plus acides qu'à l'état normal, et a vu une augmentation notable des parties solides.

Tels sont les symptômes qui caractérisent la période d'invasion. Il faut y joindre, dans un certain nombre de cas, le brisement des membres, une anxiété parfois très vive, l'insomnie, le délire, les convulsions.

On peut, du reste, résumer cette description en ces mots : mouvement fébrile plus ou moins intense, coryza, bronchite avec toux particulière dans la plupart des cas. Ce sont là, en effet, les symptômes capitaux ; les autres ne sont qu'accessoires.

Je dois ajouter qu'il ne faut pas s'attendre à trouver tous ces symptômes réunis dans tous les cas. On voit parfois manquer le coryza et la bronchite ; quelquefois aussi on voit prédominer les symptômes abdominaux, et en particulier la diarrhée ; mais on peut dire que déjà, en pareil cas, la rougeole cesse d'être régulière.

Je n'ai parlé ni de l'*odeur* particulière (odeur de plumes d'oie fraîchement arrachées, Heim) qu'on a trouvée au corps des malades, ni de celle de l'*haleine* (très aigre et pénétrante, Mandl), parce que très probablement elle était due à des circonstances particulières qui ne se sont pas présentées à la plupart des observateurs.

Éruption. — L'éruption ayant été décrite avec beaucoup de soin et d'exactitude par Guersant et M. Blache, je leur emprunte le passage suivant : « L'éruption, disent-ils, est caractérisée par de petites *taches* d'un rouge assez vif, analogues pour la dimension aux papules de la variole commençante ou de la fièvre typhoïde. Elles ressemblent aussi aux piqûres de puce, avec cette différence qu'*elles disparaissent sous la pression du doigt* pour reparaître dès que cette pression cesse.

» D'abord distinctes et arrondies, elles se réunissent bientôt en formant des *groupes* irréguliers, des *plaques* inégalement découpées sur leurs bords, des demi-cercles ou de petits croissants (*racematim coalescunt*, Sydenham). Commençant d'ordinaire à se montrer sur le menton, au front et sur les joues, les taches gagnent bientôt le cou, la poitrine et le dos, et se répandent ensuite sur l'abdomen et les extrémités.

» Les *taches de la face* sont, en général, plus saillantes que celles du reste du corps : ce *relief* n'est d'ailleurs que peu sensible au doigt. Au moment où l'éruption a acquis son plus haut degré de développement, c'est-à-dire vers le deuxième ou le troisième jour, les malades se plaignent souvent d'une *démangeaison* incommode. La *rougeur* de l'éruption ne reste pas continuellement la même : plus forte en général à la face, où la vascularité est plus grande et où quelquefois elle s'étend en plaques presque confluentes, elle offre plusieurs nuances diverses dans la même journée, et elle redevient plus vive dans les moments de redoublement fébrile ; parfois même ce retour des rougeurs est si prononcé, qu'on croirait au développement de taches nouvelles.

» Les *symptômes généraux* de la première période se retrouvent à peu près

mblables dans la seconde : la fluxion oculo-nasale persiste ; la conjonctive et la embrane pituitaire sécrètent un mucus plus épais qui se durcit en croûtes ; tte sécrétion est beaucoup plus abondante chez les enfants cachectiques des hôpi- ux que chez ceux de la ville. La dyspnée reste la même par suite de la bronchite ncomitante ; la toux devient plus humide, tout en gardant son caractère propre ; voix est encore rauque ou affaiblie, et l'auscultation de la poitrine révèle la pré- nce des *râles* qui appartiennent au catarrhe. La *face* continue à être un peu uffie ; la *peau* est sèche, chaude ; le *pouls* se maintient très élevé ; quelquefois ême, loin de baisser quand paraît l'éruption, comme nous l'avons vu dans plu- eurs cas, il reste accéléré alors même que les taches commencent à pâlir, et en bsence de toute complication. Le pharynx et le voile du palais offrent les rou- eurs du début, et le malade éprouve à la *gorge* une sensation de sécheresse et 'aspérité. La *langue* est couverte d'un enduit blanc ou jaunâtre avec piqueté uge ; la soif et l'inappétence persistent quelquefois jusqu'au septième ou au euvième jour ; les *gencives* présentent, surtout au pourtour des alvéoles, ces ellicules blanches, minces, faciles à enlever, fréquentes dans les phlegmasies des embranes muqueuses. »

Pour compléter cette description, je dois ajouter les particularités suivantes otées par divers auteurs. Parfois la saillie des taches est beaucoup plus considé- able qu'à l'ordinaire : ce sont de véritables papules. On a donné à cette variété le om de *rougeole boutonneuse*. Dans certains cas (1) l'éruption est si abondante, u'il existe une véritable *rougeole confluente*.

Chez certains malades, et dans une épidémie où l'on voyait habituellement des ches ayant leur forme ordinaire, M. Lombard a vu des *taches circulaires* sem- lables à celles de la roséole, et même, dans un cas, de véritables *vésicules*.

M. Boudin (2) a vu l'éruption accompagnée de *sudamina* plus ou moins abon- ants.

L'éruption cutanée est précédée et accompagnée d'une *éruption muqueuse* sur quelle il importe beaucoup d'insister, car elle est très utile pour le diagnostic. lle est constituée par un piqueté d'un rouge plus ou moins vif, occupant le voile u palais et le pharynx, et signalé par MM. Heim, Marc d'Espine et Guersant.

Le docteur Helft (3), ayant examiné les matières excrétées par les diverses voies, a trouvé des fragments d'épithélium, et il en a conclu que toutes les muqueuses résentaient une éruption analogue à celle de la peau ; il la désigne sous le nom '*énanthème*, et, selon lui, l'intensité de l'éruption muqueuse est en raison inverse e celle de l'éruption cutanée, et réciproquement. Il est à désirer que ces recherches ntéressantes soient reprises par d'autres observateurs.

Desquamation. — Après avoir duré pendant un temps que je préciserai en par- nt de la *marche de la maladie*, les taches pâlissent, leur auréole se dissipe, puis les s'affaissent, prennent une couleur un peu violacée, ou terne et jaunâtre ; elles e disparaissent plus sous la pression. C'est ordinairement dans les points où elles e sont montrées d'abord qu'elles commencent à éprouver ces changements ; mais ans quelques cas le contraire a lieu. Dans certains cas légers elles disparaissent

(1) Gendron, *Acad. de méd.*, 1827.
(2) *Rech. sur les complic. qui accomp. la rougeole chez l'enfant*, thèse. Paris, 1835.
(3) *Ueber die Desq. des Epith.*, etc. (*Journ. für Kinderkrankheiten*, 1843).

très rapidement. Il en est de même dans des cas assez intenses, mais il y a alors ce qu'on a appelé la *délitescence*, dont je parlerai plus loin.

En même temps que ces phénomènes se passent, la *desquamation* a lieu : elle est constituée par une poussière épidermique blanche et sèche, comme farineuse. Rarement on voit se détacher des plaques épidermiques. Parfois la desquamation manque complétement ; il n'est pas rare de la trouver partielle, alors même que l'éruption a été générale. M. Trousseau a noté que chez les jeunes enfants la desquamation n'est bien évidente que sur la face ; sur le reste du corps, on la distingue avec peine.

Pendant que la desquamation s'opère, on voit s'apaiser les symptômes généraux : la fièvre tombe ; l'ophthalmie, le coryza cessent, mais la bronchite persiste le plus souvent, ou plutôt il reste les symptômes qui terminent les bronchites intenses, lorsque la violence de l'inflammation est tombée. La toux devient grasse et facile, et il y a une expectoration abondante de *crachats nummulaires*, opaques, non aérés, jaune verdâtre, nageant dans un mucus transparent. M. Michel Lévy a constaté que les crachats nummulaires sont beaucoup plus rares chez les adultes que chez les enfants, en sorte que ce signe a moins d'importance qu'on ne lui en a attribué.

2° *Rougeole irrégulière, maligne, compliquée.* — Je réunis sous ce titre toutes les espèces particulières qui ne rentrent pas dans la description précédente.

La rougeole peut être irrégulière par suite de la violence exagérée de certains symptômes, ou, au contraire, par suite soit de leur absence, soit de leur peu de développement.

Dans certains cas, la *fièvre* qui caractérise l'invasion est d'une intensité très grande et s'accompagne de délire et de convulsions. D'autres fois elle se suspend plus ou moins complétement un jour avant l'éruption, pour se reproduire ensuite avec une grande vivacité.

Des *épistaxis* fréquentes et abondantes, les vomissements, la diarrhée, peuvent se montrer, tandis que le coryza et la bronchite sont faibles ou nuls.

Quelques sujets éprouvent des *douleurs vives* dans diverses parties du corps.

D'autres fois les symptômes ne suivent pas leur marche habituelle ; ils sont *intermittents*, ou présentent des exacerbations marquées.

Chez quelques sujets, *la fièvre manque* complétement, il n'y a pas de période d'invasion, l'éruption est le premier signal de la maladie.

Telle est l'irrégularité qu'on remarque dans la *période d'invasion*. Elle porte, comme on le voit, tantôt sur un symptôme, tantôt sur un autre.

La *période d'éruption* présente aussi des irrégularités remarquables. Ainsi, l'éruption peut commencer par un autre point que la face ; elle peut rester bornée à une partie du corps, le tronc en particulier. Quelquefois la face en est exempte, tout le reste du corps en étant couvert (Barthez et Rilliet) ; rarement le contraire a lieu.

La *coloration des taches* offre des anomalies diverses : quelquefois pâles et ternes, elles sont parfois d'un rouge foncé ou violacées. Souvent alors la fièvre reste très intense ; le pouls devient serré, fréquent, parfois misérable ; et, du côté des voies digestives, on observe une diarrhée abondante, du météorisme, des douleurs de ventre.

Les irrégularités qu'on observe dans la *période de desquamation* sont les suivantes : La desquamation peut manquer complétement, et les taches disparaître par *délitescence*, soit pour ne plus reparaître, soit pour se reproduire un ou deux jours plus tard. Quelquefois la desquamation est au contraire très abondante, bien que l'éruption ait paru peu prononcée.

Rougeole sans autres symptômes que ceux de l'éruption. — Il est rare d'observer la rougeole sans coryza, sans bronchite et sans fièvre ; cependant, des cas de ce genre existent, tous les auteurs en parlent, et, pour mon compte, j'en ai vu un exemple il y a quelques mois. Suivant quelques auteurs, l'éruption, en pareil cas, se rapproche de la roséole ; mais Willan, Guersant et M. Blache ont vu l'éruption tout à fait normale en pareille circonstance, et, dans le cas que je viens de citer, les taches étaient celles de la rougeole ordinaire, bien qu'il n'y eût ni fièvre, ni bronchite, ni *coryza, à aucune époque de la maladie.* On a donné à cette variété, ainsi qu'à la suivante, le nom de *rougeole anomale.*

Rougeole sans éruption. — Dans les épidémies, on voit quelques sujets présenter, au contraire, tous les symptômes qui appartiennent à la rougeole, moins l'exanthème. On en a conclu que c'était la maladie régnante, sans altération cutanée ; mais on ne peut accepter cette manière de voir qu'avec restriction. Si les symptômes qu'on observe dans la rougeole avaient un caractère tout particulier, s'ils n'étaient pas ceux d'autres affections fréquentes, comme le coryza, la bronchite fébrile, la question serait facile à résoudre ; mais il n'en est pas ainsi, et l'on se demande si la préoccupation du moment n'a pas fait regarder comme des rougeoles des affections qui, dans toute autre circonstance, auraient été considérées comme de simples maladies des voies respiratoires. M. Rayer n'a jamais vu un seul exemple de rougeole sans exanthème ; mais, dans quelques cas, il a vu l'éruption fugace et limitée, au point qu'un examen attentif pouvait seul la faire découvrir.

Formes graves. — *Rougeole hémorrhagique.* — La rougeole hémorrhagique peut se montrer chez les enfants forts, robustes et dans un état de santé parfaite ; mais, le plus souvent, elle se manifeste chez les sujets débilités par des maladies antérieures ou offrant actuellement une maladie chronique, la phthisie pulmonaire en particulier.

Cette forme est remarquable par les taches qui, constituant de véritables *ecchymoses*, ne disparaissent pas sous la pression, et par des hémorrhagies plus ou moins fréquentes ou abondantes qui se produisent par diverses voies, la bouche, l'estomac, les intestins, la vessie. On voit qu'en pareil cas il y a cet état hémorrhagique constitutionnel dont nous avons parlé ailleurs.

Rougeole avec gangrène. — Les auteurs qui se sont occupés des maladies des enfants, et en particulier MM. Rufz, Barthez et Rilliet, ont noté un certain nombre de fois, dans le cours de la rougeole, des gangrènes occupant la bouche, les fosses nasales, les poumons, le larynx, l'anus et la vulve. Ce qu'il y a de remarquable dans ces gangrènes, c'est qu'elles ont une marche très rapide et détruisent promptement les tissus.

Rougeole maligne, putride, adynamique. — Comme dans un grand nombre d'affections fébriles, on voit parfois dans le cours de la rougeole la fièvre prendre une intensité extrême, et alors surviennent des symptômes semblables à ceux qu'on observe dans le cours de la fièvre *typhoïde*, dans laquelle, comme on sait, on a

distingué la forme ataxique, adynamique, etc. Je ne m'arrêterai pas davantage à ces symptômes; je dirai seulement que, comme les précédents, ils annoncent une grande violence de la maladie, et rendent le pronostic très fâcheux.

Rougeole compliquée.— On a beaucoup insisté sur les lésions organiques plus ou moins graves qu'on observe quelquefois dans la rougeole, et on les a décrites sous le nom de *complications*. Sans doute les faits de ce genre doivent être connus du praticien, mais il ne faut pas s'en exagérer la valeur, et surtout y voir toujours des complications proprement dites. Ce sont souvent, en effet, des lésions propres à la maladie elle-même, et qui ont seulement, par des causes que nous ne connaissons pas, acquis un plus haut degré d'intensité qu'à l'ordinaire.

On observe, chez certains sujets, une inflammation violente de la bouche avec gonflement des gencives et ulcérations. Cette *stomatite* est due à la fois à l'intensité du mouvement fébrile, à l'éruption muqueuse, et peut-être aussi à l'état du sang dans la maladie qui nous occupe.

Une inflammation semblable se montre parfois dans le larynx et le pharynx, et, dans une épidémie de rougeole aux Enfants trouvés, j'ai vu un nombre considérable des enfants affectés succomber par suite du *croup*. Les mêmes remarques ont été faites dans d'autres épidémies, et l'on a vu les productions pseudo-membraneuses rester quelquefois bornées au larynx et aux bronches, mais plus souvent se montrer aussi dans le pharynx.

Une *bronchite* intense, un *coryza* très violent, donnant lieu à une sécrétion purulente abondante, ne sont évidemment que des exagérations des symptômes propres à la rougeole. Il n'en est pas de même de la *pneumonie*, qui se montre fréquemment dans le cours de cette maladie; elle a été, en effet, notée 65 fois sur 157 cas, par MM. Rilliet et Barthez. La *pleurésie* est beaucoup moins fréquente; elle a cependant été rencontrée un certain nombre de fois par MM. Dechaut et Baron.

Du côté des *voies digestives*, nous trouvons d'abord l'*entérite* et cette diarrhée que M. Rufz a vue survenir, dans tous les cas, pendant les deux tiers de la maladie, puis les vomissements plus ou moins opiniâtres dont nous avons parlé plus haut, et, comme lésions correspondant à ces symptômes, le ramollissement de l'estomac et de la muqueuse intestinale, des *ulcérations du gros intestin* (Rufz et Boudin), le gonflement, le ramollissement des ganglions mésentériques, etc.

Enfin je signalerai l'*inflammation des méninges et du cerveau*, qui se montre rarement, même dans les cas de délire et de convulsions, des *abcès* qui surviennent dans diverses parties du corps, des *furoncles* plus ou moins nombreux.

Anasarque. — L'anasarque se montre bien plus rarement dans la rougeole que dans la scarlatine. Comme dans cette dernière affection, c'est surtout pendant la convalescence qu'on la voit apparaître. Du reste, elle ne présente pas d'autres particularités que celle que nous aurons à mentionner dans l'histoire de la *scarlatine*, à laquelle je renvoie le lecteur.

On voit parfois la *variole* se développer en même temps que la rougeole, et alors il est rare que les deux affections marchent ensemble sans se modifier. Presque constamment la rougeole est modifiée seule; mais dans quelques cas l'action modifiante de ces deux affections éruptives est réciproque. Les choses se passent à peu près de la même manière lorsque la *scarlatine* et la rougeole se développent

en même temps. Les symptômes généraux de chacune des affections éruptives peuvent exister chez le sujet affecté; mais ceux de l'affection prédominante l'emportent de beaucoup sur les autres. Dans quelques cas, on a vu une de ces affections éruptives s'arrêter pendant que l'autre apparaissait, et reparaître après la terminaison de celle-ci.

Pendant le cours d'une rougeole, et quelquefois après sa disparition, on voit chez un certain nombre de sujets les symptômes de la *phthisie pulmonaire* se montrer avec une intensité souvent très notable. En pareil cas, y a-t-il seulement complication de phthisie? La rougeole a-t-elle été la cause de la phthisie? L'a-t-elle produite, ou bien n'a-t-elle fait que donner une impulsion nouvelle à une phthisie existant déjà à un état plus ou moins latent? Il est très difficile de résoudre de semblables questions; disons seulement que MM. Rilliet et Barthez, sur onze rougeoles primitives, en ont trouvé une suivie de tubercules; mais que, d'un autre côté, M. Rufz, étudiant les faits sous ce point de vue, n'a pas vu que la tuberculisation se montrât plus fréquemment à la suite de la rougeole qu'à la suite de toute autre maladie fébrile, et qu'il n'a pas pu trouver un rapport de cause à effet entre l'une et l'autre de ces affections. Comme on le voit, c'est là encore un sujet qui a besoin d'être étudié de nouveau.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la rougeole présente des particularités très importantes, et je dois la considérer dans la rougeole régulière et dans la rougeole irrégulière, maligne, compliquée.

Marche, durée, terminaison de la rougeole régulière. — La rougeole, lorsqu'elle est régulière, a une marche qui varie dans des limites très étroites, et que l'on peut décrire ainsi qu'il suit : Dans la période d'invasion, se manifestent successivement la fièvre, le coryza, le larmoiement, la bronchite, et ces symptômes vont en augmentant jusqu'à la période de l'éruption. Celle-ci, qui commence presque toujours par la face, devient de plus en plus abondante, puis s'éteint en même temps que les symptômes généraux s'apaisent, et la desquamation commence.

La *durée* totale de la rougeole régulière varie entre un et deux septénaires; mais il est plus fréquent de la voir se rapprocher du premier septénaire que du dernier.

La *durée de chacune des périodes* est la suivante : période d'invasion, de deux à quatre jours; période d'éruption, trois ou quatre jours (vingt-quatre à quarante-huit heures pour le développement des taches, et le même espace de temps pendant lequel ces taches restent stationnaires); enfin période de desquamation, de quatre à huit jours.

Lorsque la rougeole se développe ainsi d'une manière régulière, sa *terminaison* est presque constamment heureuse; quelquefois cependant on a vu des individus, chez lesquels les symptômes ne présentaient rien d'anormal, mourir subitement. Cette terminaison, que nous retrouvons dans d'autres affections éruptives, ne peut pas s'expliquer d'une manière satisfaisante; mais il importe de la connaître pour le pronostic.

Marche, durée, terminaison de la rougeole irrégulière. — Nous avons vu plus haut que l'irrégularité dans la marche des diverses périodes de la rougeole

constitue la cause la plus fréquente de la rougeole irrégulière. Je n'ai pas, par conséquent, à entrer dans de grands détails sur ce point; j'insisterai seulement sur la *délitescence*, qui a toujours inspiré le plus grand effroi aux médecins.

Il arrive, comme je l'ai déjà dit dans un certain nombre de cas, que les taches rubéoliques disparaissent plus ou moins brusquement; quelquefois elles se reproduisent au bout d'un ou deux jours : il y a eu alors délitescence momentanée; mais assez souvent elles disparaissent pour ne plus revenir : c'est la délitescence complète. Depuis qu'on étudie avec soin la rougeole, on a remarqué que cette disparition des taches est parfois suivie d'un état fort grave, et coïncide avec l'apparition de complications dont le siége principal est dans les organes pulmonaires. Alors la marche de la maladie est nécessairement interrompue, et ces symptômes qui caractérisent la rougeole, sont plus ou moins dominés par ceux de l'affection organique récemment développée. Dans d'autres cas, la délitescence a lieu sans qu'il survienne rien de grave, et la maladie marche, sans encombre, vers une terminaison favorable.

Personne n'a présenté sur ce point des considérations plus intéressantes que celles que nous devons à M. Michel Lévy (1); c'est pourquoi je ne crois pas pouvoir me dispenser de les reproduire ici. « Quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent vingt, dit M. Lévy, l'éruption a parcouru régulièrement ses périodes; la délitescence a eu lieu vingt et une fois : dix fois au deuxième jour de l'éruption, et onze fois au troisième jour; sept fois le refroidissement paraît avoir été la cause probable de la brusque disparition de l'exanthème; trois fois la délitescence a coïncidé avec une diarrhée intense; mais nous verrons plus bas que ce symptôme s'est montré chez beaucoup d'autres rougeolés, sans que l'éruption en ait été troublée.

» Quant aux conséquences de la suppression de l'exanthème, voici ce qu'apprennent les faits. Elles ont été nulles chez quatorze malades, qui ont aussi promptement guéri que si l'éruption avait suivi sa marche régulière; un malade a offert une belle éruption de sudamina sur le tronc le lendemain de la délitescence rubéolique; deux ont été pris de diarrhée légère et n'ont pas tardé d'entrer en convalescence. Chez un autre, l'éruption, qui s'était développée dans la nuit du 19 au 20 janvier, disparut subitement; le 21 il éprouva plusieurs vomissements, et guérit sans autre accident; un autre vit son éruption s'effacer au deuxième jour, sans nulle suite immédiate; le pouls resta à 60 par minute. Deux jours après, survint une varicelle qui parcourut régulièrement ses phases, et la guérison fut complète. Un homme atteint de rougeole, le 13 février, se décolore brusquement le 15; sorti guéri, il rentre avec des signes non douteux de tuberculisation. Six malades frappés de délitescence ont eu à lutter contre la bronchite profonde que la rougeole a laissée à sa suite; deux enfin ont succombé après la rétrocession de l'exanthème, l'un entraîné par un groupe de complications graves, l'autre ayant passé par une série d'états morbides sans liaison apparente. »

Il est à peine nécessaire de dire combien doit être irrégulière la *marche de la rougeole compliquée;* les affections complicantes viennent en effet porter la perturbation dans la succession des périodes et des symptômes qui la constituent. Quelquefois elles retardent l'éruption; d'autres fois elles font paraître la période d'inva-

(1) *Mémoire sur la rougeole des adultes*. Paris, 1847.

sion beaucoup plus violente; mais les choses variant dans presque tous les cas particuliers, on ne saurait exposer ces irrégularités d'une manière générale.

Quant à la *durée* de la rougeole irrégulière, anomale, compliquée, elle est nécessairement très variable. Ce que l'on peut dire de plus général, c'est que la période d'éruption se trouve ordinairement abrégée, soit que le malade succombe, soit qu'il arrive à une guérison plus ou moins tardive.

La *terminaison* est, dans les cas que nous venons d'indiquer, fréquemment funeste; elle l'est surtout dans les cas de rougeole noire, de rougeole compliquée de pneumonie. Nous avons vu plus haut que, dans la convalescence, il y avait à redouter l'anasarque, et, selon quelques auteurs, la tuberculisation.

§ V. — Lésions anatomiques.

Quelques mots suffiront pour indiquer les lésions anatomiques. Les auteurs s'accordent à dire que les taches rubéoliques ont leur siége dans le réseau vasculaire superficiel de la peau; mais ce point demande de nouvelles recherches.

Suivant Lieutaud, ces taches rubéoliques peuvent se montrer jusque sur les viscères; mais le fait n'est pas prouvé. Le développement de l'exanthème sur les muqueuses cachées à nos regards, et dont M. Helft, après plusieurs autres pathologistes allemands, a admis l'existence, n'est pas démontré par des expériences directes.

Il résulte des recherches de MM. Andral et Gavarret (1), que jamais la fibrine du sang ne dépasse le chiffre normal; qu'assez souvent elle est au-dessous, et que, dans quelques cas, la proportion des globules est augmentée. Déjà on avait remarqué la fluidité du sang, qu'une inflammation concomitante peut néanmoins faire manquer. MM. Barthez et Rilliet ont trouvé presque constamment un état de congestion des principaux organes, et l'on a signalé un développement des glandes de Peyer et de Brunner, mais sans ulcérations.

On voit que ces lésions rendent un compte bien imparfait des symptômes de la rougeole. Je ne parle pas de celles qui sont dues aux complications; elles sont suffisamment connues.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Dans tous les cas, il est difficile de diagnostiquer la rougeole pendant la période d'invasion. Cependant, lorsqu'elle est régulière et se manifeste chez un sujet non affecté d'une autre maladie, on peut, au coryza, à la rougeur des yeux, au larmoiement, à la bronchite, à la toux férine, prévoir l'apparition de l'éruption rubéolique; mais presque jamais on ne saurait en être parfaitement certain.

Lorsque l'éruption s'est produite, si l'affection est simple et régulière, le diagnostic est des plus faciles. Je ne reproduirai pas ici les caractères de cette éruption : il n'y a qu'à jeter un coup d'œil sur la description des symptômes pour s'assurer qu'aucune autre affection ne peut la simuler.

Dans quelques cas très rares de *rougeole boutonneuse*, on peut d'abord croire à l'existence d'une variole; mais la maladie faisant des progrès, les taches se caractérisent, ou bien des pustules varioliques se développent, et toute incertitude cesse.

(1) *Rech. sur les modific. de propr. de quelques principes du sang*. Paris, 1840.

Dans la *rougeole* qui se manifeste chez des sujets atteints d'une autre maladie, les symptômes de celle-ci peuvent masquer complétement le début de l'affection éruptive ; mais le développement de l'éruption ne tarde pas en faire reconnaître l'existence.

La *rougeole irrégulière*, la *rougeole compliquée*, la *rougeole anomale*, la *rougeole maligne*, présentent nécessairement des difficultés de diagnostic ; mais ces difficultés, on ne peut les préciser. Pour les surmonter, il faut avoir présentes à l'esprit les diverses particularités mentionnées plus haut, et je renvoie par conséquent le lecteur à la description de ces espèces de rougeole.

Il serait néanmoins important d'établir le diagnostic entre certaines rougeoles et certaines scarlatines irrégulières qui laissent assez souvent le praticien dans l'incertitude ; mais je me propose de le faire dans l'article suivant, après la description de la *scarlatine*. Je n'insiste pas davantage sur ce diagnostic.

Pronostic. — Lorsque la rougeole parcourt régulièrement ses périodes, que la fièvre n'a pas une intensité extrême, que les symptômes du côté des voies respiratoires sont médiocrement intenses, le pronostic est favorable. N'oublions pas toutefois que dans cette affection éruptive, fébrile, comme dans les autres fièvres éruptives, il y a des cas malheureux où l'on voit survenir une aggravation subite des symptômes et une terminaison rapidement funeste que rien ne pouvait faire prévoir.

Nous avons vu plus haut que, d'après les recherches de M. Lévy, la délitescence n'est pas aussi fréquemment un signe fâcheux que le pensent bien des médecins. Il faut, en pareil cas, examiner attentivement tous les organes et toutes les fonctions ; s'il ne survient rien d'alarmant d'un autre côté, le pronostic est favorable ; s'il y a une complication grave, il acquiert la gravité que je vais signaler tout à l'heure. Ce fait n'avait pas échappé à d'autres auteurs, et notamment à Guersant et à M. Blache ; mais M. Michel Lévy l'a signalé avec plus de précision.

Lorsque la rougeole irrégulière ne s'accompagne d'aucune complication, et que les symptômes ne prennent pas un caractère insolite, le pronostic reste encore assez favorable ; cependant, d'après les recherches de MM. Barthez et Rilliet, la mortalité commence à devenir assez notable en pareil cas.

Les sujets attaqués par la rougeole dans un état de santé altérée présentent une mortalité assez grande, et en rapport avec l'intensité de la maladie primitive ou avec leur degré de débilitation. Les complications, et surtout celles qui ont pour siége les voies respiratoires, rendent la maladie généralement grave.

Les cas les plus fâcheux sont ceux où la *rougeole est maligne*, où les taches sont de véritables pétéchies, où il y a des hémorrhagies répétées, et aussi ceux où il survient une inflammation des méninges et du cerveau.

La diarrhée trop abondante, les vomissements fréquents et de longue durée, les convulsions, un délire intense, sont des symptômes fâcheux. Je n'ai pas besoin d'ajouter que la diphthérite pharyngienne, et surtout la diphthérite laryngienne, rendent le pronostic des plus graves.

§ VII. — Traitement.

La rougeole est une de ces maladies qui ont une marche pour ainsi dire fatale, et sur laquelle nos moyens de traitement n'ont que des effets très bornés. Aussi, lorsqu'elle parcourt régulièrement ses périodes, le traitement consiste-t-il unique-

ment dans l'emploi de quelques moyens hygiéniques très simples. On a renoncé complétement aujourd'hui à ces pratiques fâcheuses qui consistaient à couvrir énormément les malades et à leur donner des excitants diffusibles et des boissons chaudes, dans le but de favoriser l'éruption. C'est une erreur de croire que plus l'éruption est abondante, plus la maladie est simple et sans complications. L'abondance de l'éruption annonce seulement, dans la très grande majorité des cas, qu'il s'agit d'une rougeole intense, et elle est en rapport avec la violence du mouvement fébrile, violence toujours de mauvais augure.

Le repos au lit, des boissons émollientes, une température douce, la diète, quelques calmants si la bronchite et le coryza sont un peu intenses, telle est la médication qui convient à la rougeole régulière. Il faut réserver les *émissions sanguines* pour les cas où une phlegmasie se manifeste.

L'administration d'un *purgatif* dans la convalescence de la rougeole est complétement inutile, comme le font remarquer Guersant et M. Blache. Quant au vésicatoire volant sur la poitrine ou permanent sur le bras, que M. Rayer conseille d'appliquer lorsque la toux se prolonge, rien ne prouve son utilité.

Lorsque la rougeole ne parcourt pas régulièrement ses périodes, les indications deviennent très variables, suivant les cas.

Si l'éruption disparaît brusquement, faut-il chercher à la rappeler? Quand cette disparition ne coïncide avec aucun nouveau symptôme, ce rappel serait inutile, ainsi que nous l'avons vu plus haut. Quand la délitescence est causée par une complication, les moyens que nous possédons pour rappeler l'éruption sont bien faibles, comme le fait remarquer M. Lévy, et j'ajoute qu'ils peuvent aggraver beaucoup la maladie complicante. Qu'a-t-on proposé en effet? Les *boissons chaudes, excitantes;* les *sudorifiques,* les *bains de vapeur*, les *bains chauds*, les *affusions*, les *bains froids*, les *sinapismes* promenés sur la surface du corps, l'*urtication*. Je dis que ces moyens sont inutiles et qu'ils peuvent être dangereux : leur inutilité est prouvée par les faits dont M. Lévy nous a donné la relation; leur danger se comprend facilement, lorsque l'on considère qu'il s'agit presque toujours de complications du côté des voies respiratoires, que la fièvre et l'agitation sont intenses, et que les excitants, les rubéfiants, ne peuvent qu'aggraver cet état fâcheux. Je pense donc que, sauf peut-être dans quelques cas exceptionnels qui ne peuvent être précisés ici, on doit se borner à combattre la complication aussi vigoureusement que le cas l'exige, et négliger l'éruption, qui n'a pas l'importance qu'on lui a attribuée. J'ai vu, pour ma part, des moyens excitants, employés pour favoriser ou rappeler cette éruption, porter la fièvre et l'agitation au plus haut degré et produire les plus mauvais effets.

Les *complications* doivent exciter au plus haut point la sollicitude du médecin; mais on sent combien il serait difficile, dans un article général comme celui-ci, d'entrer dans tous les détails relatifs à cet important sujet. Je ne peux que tracer des règles générales de conduite, dont le praticien fera ensuite l'application.

Les inflammations de poitrine un peu intenses, et notamment la bronchite capillaire étendue et la pneumonie lobaire, exigent un traitement analogue à celui qu'on leur oppose dans les cas où elles se montrent à l'état de simplicité. Seulement quelques moyens doivent être employés avec plus de modération. Ainsi, tous les auteurs s'accordent à dire que les *émissions sanguines* doivent être moins abon-

dantes. Le *tartre stibié à haute dose* doit être administré contre la pneumonie, mais avec précaution si le malade est très faible. On emploie contre la bronchite les *vomitifs* plus rarement que dans toute autre circonstance, parce que l'on craint qu'ils n'opèrent une révulsion vers les parties internes et ne fassent disparaître l'éruption. Cette crainte est très exagérée; les observations de Stoll ont prouvé que les vomitifs n'ont pas ce fâcheux effet, et, pour ma part, j'ai toujours vu l'*ipécacuanha*, ou le *tartre stibié*, à dose vomitive, produire les meilleurs effets dans les cas de bronchite intense, sans qu'il survînt le moindre accident. Je ne doute pas qu'on n'ait été trompé par des coïncidences.

Les calmants, les *narcotiques*, sont aussi d'une grande utilité dans les cas où la respiration est difficile pour une cause quelconque.

Lorsqu'il survient des *accidents cérébraux*, faut-il, comme le recommande Gardien (1), appliquer un *vésicatoire sur la tête?* Je n'ai pas trouvé un seul fait qui prouvât réellement l'utilité de ce moyen.

Dans les cas où il survient des *hémorrhagies inquiétantes*, il ne faut pas craindre de donner des *astringents* et même d'appliquer des *réfrigérants;* ces hémorrhagies peuvent, en effet, devenir mortelles, ou au moins plonger le malade dans une débilité fâcheuse.

Dans les cas d'ataxie et d'adynamie, on peut mettre en usage les *antispasmodiques* et les *toniques;* mais nous n'avons pas de renseignements suffisants sur le degré d'efficacité de ces moyens.

Enfin, la *laryngite pseudo-membraneuse* (croup) doit, dès qu'elle se montre, fixer toute l'attention du médecin, et il faut la traiter par les moyens énergiques qui seront indiqués dans un autre article (2).

On voit que je n'ai pas mentionné particulièrement le *camphre*, le *soufre*, la *belladone* et quelques autres substances que certains médecins ont regardées comme des agents attaquant le miasme rubéolique lui-même, ou, en d'autres termes, comme des spécifiques; rien, en effet, ne démontre cette spécificité.

Traitement prophylactique. — Le traitement prophylactique se réduit à l'*isolement* et à l'*inoculation.* Les prétendus spécifiques dont je viens de parler ont bien été administrés dans le but de prévenir l'affection; mais les faits rapportés en leur faveur sont si peu concluants, que personne ne leur accorde la moindre confiance.

Inoculation. — Nous avons vu plus haut que la rougeole avait pu être inoculée principalement à l'aide des larmes et du sang qui s'échappe d'une petite incision faite aux taches. Or on a remarqué que la rougeole inoculée était toujours bénigne. Si donc il survenait une épidémie meurtrière, on pourrait avoir recours à ce moyen, bien que quelques expérimentateurs n'aient pas aussi complétement réussi que F. Home et Michael de Katona.

ARTICLE VI.

ROSÉOLE.

Je n'ai que quelques mots à dire de cette maladie légère, dont l'existence est même contestée, et qui n'exige pas de traitement particulier.

(1) *Dictionnaire des sciences méd.*, t. XLIX.
(2) Voy. *Laryngite pseudo-membraneuse* (croup).

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de *roséole* à une éruption exanthémateuse, fugace, caractérisée par des taches roses, non saillantes, irrégulières, et dont l'apparition est évidemment précédée de phénomènes fébriles. Plusieurs auteurs, et M. Rayer n'est pas éloigné de se ranger à cette manière de voir, ont regardé les cas dans lesquels se produisent ces phénomènes comme appartenant tantôt à l'*érythème* et tantôt à la rougeole. C'est une question qui n'est pas complétement résolue.

Cette affection a été décrite sous les noms de *rubeola*, *roseola*, *exanthème fugace*. Dans cet article, où nous ne nous occupons pas des éruptions syphilitiques, nous pouvons dire que la roséole n'est pas commune.

§ II. — Causes.

La roséole attaque principalement les *enfants* et les *femmes*. On l'observe surtout pendant l'*été*. Les émotions morales, les excès alcooliques, l'exercice immodéré, l'ingestion des boissons froides, le corps étant en sueur, sont des causes dont on n'a pas suffisamment démontré le degré d'action.

Willan a signalé une variété de roséole qui survient en automne (*roseola autumnalis*) ; mais M. Rayer a fait voir qu'il ne s'agit, en pareil cas, que d'une variété de l'érythème.

On voit quelquefois la roséole se manifester dans le cours d'un *rhumatisme articulaire*. Il ne faut pas confondre cette roséole secondaire avec la roséole rhumatique dont je parlerai plus loin.

On l'a vue aussi survenir dans le cours de quelques autres maladies fébriles, en particulier de la *variole* et de la *fièvre miliaire*, ainsi que dans la période de réaction du *choléra* (1), et on lui a donné le nom de *roseola cholerica*.

§ III. — Symptômes.

Je m'occuperai d'abord de la *roséole simple et primitive*, les autres espèces ne méritant qu'une simple mention.

Tantôt, et c'est le cas le plus commun, la maladie est annoncée par un mouvement fébrile assez marqué, par un malaise général, des frissonnements, de la céphalalgie, de l'agitation, de la prostration, une soif assez vive et la perte de l'appétit; tantôt l'éruption n'est précédée que d'un malaise peu notable. Chez les enfants très jeunes, on observe quelquefois, un certain temps avant l'éruption, des vomissements, du dévoiement et des convulsions.

Éruption. — Après deux ou trois jours de durée des symptômes précédents, on voit apparaître sur la face et le cou, puis sur la poitrine, l'abdomen, les membres supérieurs et inférieurs, des *taches* d'un rose plus ou moins foncé, de 10 à 15 millimètres de diamètre, laissant entre elles des espaces de peau saine plus ou moins considérables, sans saillie, disparaissant sous la pression pour reparaître aussitôt, et donnant lieu à des *démangeaisons* assez vives.

(1) Voy. article *Choléra-morbus épidémique*.

Cette éruption dure de vingt-quatre à quarante-huit heures, quelquefois quatre ou cinq jours, et disparaît *sans desquamation.*

Dans quelques cas, les taches de roséole sont disposées en anneau avec des aires centrales dans lesquelles la peau a son aspect normal. Cette variété a été décrite par Willan sous le nom de *roseola annulata.*

Roséole rhumatique. — Bateman, MM. Rayer, Fuchs, Hemming, ont décrit une variété qui mérite de nous arrêter un instant. Un mouvement fébrile, accompagné de douleurs articulaires, passant d'une articulation à une autre, comme dans le rhumatisme aigu, précède de vingt-quatre ou quarante-huit heures une éruption de roséole qui suit une marche assez semblable à la précédente, mais dont les taches sont d'un rouge foncé, quelquefois noirâtre, ont la dimension d'un grain de chènevis ou d'une lentille, et se terminent par desquamation. Lorsque cette desquamation se manifeste, les douleurs articulaires cessent. Telle est la description donnée par Fuchs. Peut-on y voir une simple roséole? Je ne le pense pas; il y a trop de différence entre cette éruption et celle que nous avons décrite plus haut. Ce n'est peut-être que l'*érythème noueux* ou *péliose rhumatismale*, dont nous parlerons à l'article *Érythème.*

§ IV. — Durée, terminaison.

La *durée* de la maladie est de trois ou quatre jours à un septénaire. Sa *terminaison* est toujours heureuse.

§ V. — Traitement.

« Dans tous les cas, dit M. Cazenave, un régime plus ou moins sévère, des boissons délayantes, une température modérée, et le repos, sont les seuls moyens à opposer à cette légère maladie. La roséole qui se développe chez les individus vaccinés ne demande aucun traitement particulier. Dans les cas de complication de roséole avec une phlegmasie de quelques organes essentiels, c'est contre cette dernière affection qu'il faut diriger le traitement. »

ARTICLE VII.

SCARLATINE.

La scarlatine est une affection évidemment de la même nature que la rougeole, avec laquelle on l'a longtemps confondue. Les réflexions préliminaires que j'ai présentées à l'occasion de cette dernière maladie pourraient, par conséquent, trouver place ici; mais il vaut mieux renvoyer le lecteur à l'article précédent.

On a fait remonter à Ingrassias (1) la première indication de la scarlatine, et sa distinction d'avec la rougeole. Après lui, Coyter (2) publia une description assez satisfaisante d'une épidémie de cette affection; mais malgré ces documents, il faut arriver jusqu'à Sydenham et Borsieri pour voir la scarlatine bien connue des médecins. Depuis lors les recherches sur cette affection ont été des plus multipliées. Dans le cours de cet article je signalerai les principaux travaux.

(1) *De tumoribus præter naturam*. Naples, 1552.
(2) *De febr. purp. epid.*, etc., 1578.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La scarlatine est une affection fébrile, contagieuse, ayant pour caractères, outre les symptômes généraux, une angine plus ou moins violente et une éruption cutanée de forme particulière.

Cette maladie a été décrite sous des noms très divers; je citerai les suivants : *febris miliaris rubra* (Huxham), *rossolia purpura*, *morbilli confluentes*, *rubeola confluens; fièvre rouge*, *fièvre pourpre* ou *pourprée*.

La scarlatine est loin d'être une maladie rare, mais il résulte des recherches récentes qu'elle est notablement moins fréquente que la variole, et surtout que la rougeole.

§ II. — Causes.

L'étiologie de la scarlatine ne nous fournira pas plus de détails que celle de la rougeole.

1° Causes prédisposantes.

La scarlatine peut se montrer à tous les âges, mais elle est infiniment plus fréquente dans l'enfance qu'à toute autre époque de la vie. C'est de trois à dix ans qu'elle se montre le plus souvent, ainsi que l'ont constaté MM. Barthez et Rilliet. Avant cet âge, elle se manifeste d'autant plus rarement qu'on se rapproche davantage de la naissance, bien que, dans quelques cas, elle ait été *congénitale*. Après dix ans elle devient notablement moins fréquente à mesure qu'on avance en âge, de telle sorte qu'elle est très rare chez les vieillards. Cependant on a vu dans quelques épidémies des adultes en être plus particulièrement affectés : ce sont là des exceptions.

Nous n'avons pas de données suffisantes pour rechercher l'influence du *sexe;* mais tout porte à croire qu'elle est nulle.

La scarlatine sévit-elle plus particulièrement chez les sujets déjà malades d'une autre maladie que chez les sujets bien portants? C'est ce que nous ne pouvons dire, bien que MM. Barthez et Rilliet aient trouvé une assez grande proportion de scarlatines développées dans le cours d'une autre maladie, et auxquelles ils donnent le nom de *scarlatines secondaires*.

Quoique cette affection puisse se produire dans toutes les *saisons*, elle se montre plus souvent au printemps et pendant l'été.

2° Causes occasionnelles.

La cause déterminante unique est la *contagion;* on a voulu la nier, mais un trop grand nombre de faits en établissent l'existence pour qu'il soit possible de conserver quelque doute à cet égard.

Comment agit la contagion? D'abord on ne peut nier que la scarlatine ne se communique par infection. Se communique-t-elle aussi par contact et par inoculation? Nous n'avons pas à cet égard de preuves convaincantes, malgré les expériences de MM. Miquel (d'Amboise) et Mandl.

La scarlatine se montre ordinairement d'une manière sporadique, mais il est très commun d'en observer des *épidémies*.

§ III. — Symptômes.

Dans la description des symptômes il faut, comme pour la rougeole, séparer la scarlatine régulière de la scarlatine irrégulière et compliquée.

1° *Scarlatine régulière.* — *Incubation.* — Il résulte des faits rapportés par les auteurs que l'incubation dure ordinairement de trois à cinq jours; que par conséquent elle est généralement moins longue que celle de la rougeole. Mais quels sont ses degrés extrêmes? C'est ce qui n'est nullement connu. M. Guéretin (1) a vu cette maladie se développer quinze jours après que le sujet fut soumis à la contagion; mais on sent combien il est difficile d'avoir des données certaines dans le cours d'une épidémie, et combien les faits devraient être multipliés pour produire la conviction.

Invasion. — Un *mouvement fébrile* caractérisé par une chaleur vive, une céphalalgie parfois intense, le brisement des membres, la soif, la perte de l'appétit, un peu de douleur à la gorge et une accélération notable du pouls, ouvrent ordinairement la scène. Dans quelques cas, ces symptômes sont précédés de frissons plus ou moins répétés; des vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux, ont été observés au début chez quelques sujets; dans certaines épidémies même (2), ces vomissements, au début, étaient fréquents. Enfin, chez un petit nombre de sujets, 4 fois sur 87 cas, suivant les recherches de MM. Barthez et Rilliet, le mouvement fébrile manque complétement dans cette période.

Si maintenant nous examinons le développement des symptômes qui viennent d'être mentionnés, nous trouvons que le mouvement fébrile va croissant jusqu'à la fin de cette période. La *chaleur* devient âcre, le *pouls* s'élève à 110, 120, 140 pulsations et plus.

La *langue* est rouge à la pointe et sur les bords. Il importe d'examiner attentivement la bouche et le *pharynx*, parce que, dans un assez bon nombre de cas du moins, un piqueté rouge un peu foncé, sur un fond rouge vif, se montre à la voûte palatine, au voile du palais, sur les parois du pharynx, un certain temps avant que l'éruption soit bien caractérisée, ou même ait commencé à paraître. En outre, l'*angine*, qui est un caractère important de la scarlatine, se montre aussi assez souvent avec une intensité notable pendant cette période d'invasion.

L'anorexie devient bientôt complète; la soif va en augmentant. Il est rare qu'on observe des symptômes un peu notables *du côté du tube intestinal;* cependant, chez quelques sujets, il y a de la *constipation*, et chez un plus petit nombre, du *dévoiement.*

Lorsque le mouvement fébrile a une grande violence, il est fréquent d'observer une *agitation* très grande, l'insomnie, le délire, le coma. Ces symptômes sont très effrayants, mais généralement de courte durée, lorsqu'il ne survient aucune complication.

Quant aux *voies respiratoires*, il est remarquable qu'elles ne présentent presque jamais d'altérations notables, malgré le voisinage de l'inflammation souvent intense du pharynx. La respiration est seulement accélérée, comme dans tout mouvement

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1842, 3ᵉ série, t. XIV, p. 280.
(2) Voy. Mondière, *Revue méd.*, 1842.

fébrile un peu violent; mais on n'observe aucun autre symptôme digne de remarque.

Comme dans la rougeole, mais plus rarement encore, on peut voir tous les symptômes de la période d'invasion manquer complétement, et l'éruption marquer le début de la maladie.

Éruption. — Cette période ayant été, comme celle de la rougeole, exactement décrite par Guersant et M. Blache, il serait fort inutile de substituer une autre description à la leur, et je leur emprunte le passage suivant (1) :

« Le plus ordinairement, disent-ils, l'éruption commence à se montrer d'abord au cou, ensuite à la face, et surtout aux joues, dont la coloration est plus intense qu'aux autres parties de la figure : quelquefois c'est au tronc, aux extrémités, aux pieds ou aux mains, qu'elle se déclare en premier lieu, pour se répandre ensuite sur tout le reste du corps. Elle consiste en un nombre infini de *petits points* rouges qui reposent sur un *fond rose*, et qui n'offent *pas de saillie* visible ou sensible au toucher. Ce pointillé, plus fin, plus rouge, beaucoup plus confluent et disposé plus régulièrement que les taches de la rougeole, se transforme en *plaques non saillantes*, les unes manifestement plus larges que les autres; peu étendues et isolées à leur origine, celles-ci ne tardent pas à se réunir en s'agrandissant, et finissent par donner aux téguments une *couleur écarlate*, uniforme, qui disparaît momentanément sous la pression du doigt. La peau, brûlante, sèche, est parfois rugueuse comme la chair de poule et devient le siége d'un *prurit* désagréable et d'une *tuméfaction* notable à la face, et *surtout aux pieds et aux mains*, dont la flexion est difficile.

» En même temps on observe de la *rougeur au pharynx*, ainsi que les phénomènes d'angine déjà indiqués; les tonsilles, plus grosses, se couvrent de *plaques molles*, minces, blanchâtres, *pultacées;* leur gonflement forme à l'extérieur une *tumeur* plus ou moins marquée, et l'*engorgement des ganglions sous-maxillaires* ajoute encore à la tuméfaction. La *langue* conserve rarement son enduit blanchâtre; elle s'en dépouille graduellement de la circonférence au centre, et alors elle a une teinte d'un rouge foncé, et elle est tellement lisse qu'on la dirait couverte d'un vernis; d'autres fois la saillie des papilles la fait ressembler à une fraise.

» L'exanthème de la scarlatine coïncide à peu près constamment avec l'apparition de *vésicules miliaires* très nombreuses et reconnaissables à leurs saillies, qui existent surtout autour du cou, aux aisselles et aux plis des bras.

» C'est vers le troisième ou le quatrième jour que l'éruption a acquis son plus haut degré d'intensité; elle est toujours beaucoup plus vive au bas-ventre, aux aines et à la partie supérieure et interne des cuisses, au pli des articulations, aux aisselles, au pli des bras; c'est aussi dans ces régions qu'elle est le plus persistante; elle est plus rouge dans les moments où le malade crie et s'agite; elle l'est plus aussi pendant les paroxysmes de la fièvre, et principalement le soir. Cette coloration écarlate de la peau a été comparée à celle d'une écrevisse cuite (P. Frank), et à celle du suc de framboise (Huxham). Après cinq, six ou huit jours de durée, c'est-à-dire après un temps plus long que pour la rougeole, l'exanthème s'éteint graduellement : il prend une *teinte violette,* puis *rose pâle* ou légèrement *cuivrée.* Le plus souvent, la muqueuse de la bouche reste rouge; quelquefois c'est seulement à cette période que la langue, se dépouillant de son enduit blanchâtre, pré-

(1) *Dictionnaire de médecine*, 2ᵉ édit., t. XXVIII, p. 153.

sente les papilles saillantes que nous indiquions tout à l'heure et sa rougeur caractéristique ; l'intumescence des parties diminue simultanément et par degrés.

» Les *symptômes généraux* de la seconde période sont ceux de la première un peu modifiés : la fièvre, qui tombe quelquefois hors de l'apparition de l'exanthème, se maintient d'ordinaire tant qu'il persiste, et suit avec assez de régularité ses diverses phases d'accroissement et de déclin. La *chaleur* de la peau est très intense, et la température du corps est très élevée, puisqu'elle fait monter le thermomètre à 41° centigr. et même à 42° (1). Ne doit-on pas croire à une erreur dans le chiffre de J. Currie, 112° Fahrenheit (44° et demi centigr.), puisque le maximum de la chaleur morbide trouvé par M. Andral, et, dans des expériences plus récentes, par M. H. Roger, est de 41° centigrades?

» Dans les paroxysmes, ou lorsque l'affection est un peu grave, le *facies* du malade exprime la souffrance et l'anxiété, les yeux sont animés et brillants : il y a de l'agitation, du délire nocturne, et presque toujours une insomnie qui résiste à tous les moyens employés pour la combattre, et qui parfois est le résultat d'un *prurit* excessivement incommode. L'angine pharyngée suit son cours, et, acquérant souvent plus d'intensité, constitue une complication fâcheuse. La *respiration* est gênée, bruyante, accélérée, l'air traversant avec peine les voies supérieures devenues plus étroites ; la soif et l'inappétence persistent, et la constipation est quelquefois remplacée par un peu de diarrhée, qu'accompagnent de légères coliques. »

J'ajoute, pour compléter cette description, que la rougeur ne conserve ordinairement pas toute son intensité pendant toute cette période ; non-seulement, en effet, elle augmente le soir et pendant les paroxysmes, comme l'ont noté Guersant et M. Blache, mais encore il y a parfois, comme l'a constaté Jahn, de fréquentes alternatives d'augmentation et de diminution dans l'intensité de la rougeur. Il faut être prévenu de cette particularité pour ne pas s'alarmer trop promptement lorsque l'éruption pâlit un peu.

Dans quelques cas, ce ne sont pas seulement des vésicules miliaires qui se mêlent à l'éruption scarlatineuse, mais des *bulles*, de véritables *phlyctènes*. Störk et Hildenbrand ont vu des faits de ce genre. On a donné à cette variété peu importante le nom de *scarlatine bulleuse* ou *pemphigoïde*.

L'*angine scarlatineuse*, qui, pendant le cours de l'éruption, prend une plus grande intensité et parfois devient extrêmement violente, mais sur laquelle je n'insisterai pas dans cet article, parce que je dois la décrire ailleurs (2), l'angine scarlatineuse, dis-je, présente des variations qu'il importe de connaître. Apparaissant ordinairement avant l'éruption, elle peut ne se montrer que dans le cours de celle-ci, et même, dans quelques cas rares, pendant la desquamation. De plus, Jahn, et récemment MM. Barthez et Rilliet, ont observé une irrégularité très remarquable de l'angine dans un certain nombre de cas. Ils l'ont vue, en effet, après un ou plusieurs jours d'accroissement, diminuer d'une manière notable, pour reprendre bientôt une nouvelle intensité ; ils ont vu même les fausses membranes tomber et se renouveler en vingt-quatre heures, et quelquefois au bout d'un ou deux jours de durée, des fausses membranes évidentes disparaître pour ne plus se montrer.

(1) Nasse, *Journal d'Hufeland*, août 1841.
(2) Voy. article *Pharyngite pultacée*.

Desquamation. — La desquamation est précédée du passage de la rougeur scarlatineuse au rouge terne, et de la disparition plus ou moins rapide de cette dernière teinte. Dans quelques cas, néanmoins, elle commence pendant que la coloration rouge existe encore ; quelquefois aussi, comme l'ont remarqué Vieusseux et M. Mondière, ce n'est qu'une, deux et même trois semaines après l'éruption qu'elle se produit. Jahn l'a vue se répéter plusieurs fois.

En général, la desquamation commence par les points envahis les premiers par l'éruption ; mais les exceptions ne sont pas rares.

MM. Barthez et Rilliet ont étudié avec beaucoup de soin la manière dont se produit la desquamation. Le décollement de l'épiderme se fait d'abord sur de petites élevures ; la membrane se rompt à son centre ; mais les bords vont se décollant jusqu'à la rencontre d'un autre décollement voisin, et de là résultent des lambeaux épidermiques irréguliers, d'un blanc mat, non transparents, secs, relevés sur les bords, qui constituent les squames scarlatineuses. Quelquefois les petites élevures ne se rompent pas, et alors il y a de larges lambeaux, auxquels la persistance de ces saillies donne un aspect particulier. Enfin, dans quelques cas, il y a une simple desquamation furfuracée, semblable à celle de la rougeole ; et, dans un certain nombre aussi, on trouve à la fois toutes ces diverses variétés de desquamation.

A la face, la desquamation se fait presque toujours par très petites écailles. Dans quelques cas rares, d'autres parties du corps présentent, au contraire, des lambeaux d'une grandeur démesurée : on a vu, par exemple, l'épiderme d'un doigt se détacher sous la forme d'un doigt de gant ; mais ce sont là des détails de peu d'importance.

L'abondance de la desquamation est en rapport direct avec celle de l'éruption. On a vu quelquefois l'exfoliation de l'épiderme s'accompagner d'un *prurit* incommode ; mais ce phénomène est encore plus rare dans cette période que dans la période d'éruption.

La desquamation peut s'opérer même dans la bouche et dans l'arrière-gorge. Des lambeaux épithéliaux irréguliers, et d'une étendue variable, se détachent du voile du palais, du pharynx, de la langue, de la voûte palatine. Cette desquamation ne paraît pas être, autant que celle de la peau, en rapport direct avec l'intensité de l'éruption muqueuse, et surtout de l'angine scarlatineuse.

Le docteur Helft a signalé dans la scarlatine un *énanthème* semblable à celui de la rougeole, et produisant une desquamation dont les produits se retrouvent dans les matières excrétées.

Lorsque l'éruption commence à pâlir, les symptômes généraux précédemment décrits s'apaisent, et ils disparaissent rapidement pendant la desquamation.

2° *Scarlatine irrégulière, anomale.* — L'irrégularité de la scarlatine est semblable à celle de la rougeole.

Dans la *période d'invasion* nous trouvons tantôt une très grande bénignité des symptômes, tantôt, au contraire, une intensité insolite. Dans ce dernier cas, on observe soit des *troubles digestifs* intenses, soit, ce qui est plus fréquent, de violents *symptômes cérébraux :* délire, coma, et même convulsions. Quelquefois la période d'invasion manque complétement, ainsi que nous l'avons déjà dit.

Les irrégularités de la *période d'éruption* consistent dans la *pâleur* de l'exan-

thème, ou au contraire dans sa *coloration plus foncée* qu'à l'ordinaire; dans sa *limitation à une plus ou moins petite partie du corps*, dans sa disparition rapide.

Quant aux irrégularités de la *période de desquamation*, j'ai signalé la principale, qui consiste dans la forme furfuracée de l'exfoliation; les autres sont trop peu importantes pour nous arrêter.

On dit que la *scarlatine est anomale* lorsqu'il manque un des deux phénomènes les plus importants de la maladie, c'est-à-dire l'angine ou l'éruption. L'angine manque très rarement, mais parfois elle est très légère. On a remarqué qu'en pareil cas l'éruption était ordinairement irrégulière.

3° *Scarlatine sans exanthème.* — L'absence de l'exanthème, alors que tous les autres symptômes de la scarlatine sont évidents, a été notée trop de fois avec exactitude pour que l'on puisse nier l'existence de la scarlatine sans exanthème. Déjà Huxham, Stoll, Rosen, Bateman, avaient signalé des faits de ce genre; et, parmi les médecins de notre époque, nous pouvons citer Dance, MM. Bretonneau, Trousseau, Mondière, Guéretin (1), Taupin (2), Gérardin, Graves, Carrière, comme ayant définitivement établi l'existence de cette anomalie que j'ai eu tout récemment l'occasion de constater moi-même.

Les cas de ce genre s'observent pendant les épidémies. On voit des sujets présenter le mouvement fébrile, l'angine scarlatineuse, sans aucun exanthème; et, en pareil cas, on peut, comme M. Mondière en a cité des exemples, voir même survenir l'*anasarque consécutive.* Toutefois on ne doit pas trop se hâter de croire à l'absence de l'éruption; quelquefois, en effet, elle demande une assez grande attention pour être découverte, et la desquamation dans quelques points limités vient montrer qu'elle n'a pas manqué complétement.

4° *Scarlatine maligne, putride, ataxique, adynamique*, etc. — Cette variété de scarlatine correspond exactement à la *rougeole ataxique, adynamique*, etc., que j'ai signalée dans le précédent article, et les mêmes réflexions s'appliquant à l'une et à l'autre, je n'ai que très peu de chose à ajouter ici. Comme dans la rougeole maligne, c'est l'exagération extrême des principaux symptômes de la maladie qui lui donne ce caractère de gravité et de malignité, et suivant que tel ou tel symptôme est prédominant, elle revêt telle ou telle forme des fièvres graves. En pareil cas, l'éruption est quelquefois légère, partielle, peu colorée, mais le plus souvent elle est remarquable par son abondance et par sa coloration. C'est au point que, dans quelques-uns de ces cas, on a vu de la ressemblance entre l'éruption et l'érysipèle, et que l'on a donné à la maladie le nom de *scarlatina erysipelatosa.*

5° *Scarlatine hémorrhagique, scarlatine gangréneuse.*—La scarlatine hémorrhagique ressemble aussi très exactement à la rougeole hémorrhagique décrite dans le précédent article. La couleur livide, noirâtre de l'éruption, les pétéchies, les ecchymoses, les hémorrhagies par les diverses muqueuses, tout leur est commun. Il serait, par conséquent, inutile d'insister.

J'en dirai autant de la *scarlatine gangréneuse*, beaucoup moins fréquente que la rougeole gangréneuse, et dans laquelle la mortification frappe ordinairement le pharynx et les parois buccales.

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1842, 3e série, t. XIV.
(2) *Essai sur la scarlatine sans exanthème* (*Journ. des conn. méd.-chir.*, octobre 1839).

Une remarque générale qui s'applique à ces formes graves de scarlatine, c'est qu'elles ne se montrent guère que dans les épidémies, et dans les épidémies violentes.

6° *Complications.* — Les complications de la scarlatine sont différentes de celles de la rougeole. On a placé parmi les complications la *pharyngite pultacée*, quoiqu'elle ne soit évidemment que l'exagération d'un symptôme propre à la scarlatine. Quoi qu'il en soit, je n'ai pas à m'en occuper ici. Le lecteur trouvera, en effet, tous les détails nécessaires sur ce point à l'article *Pharyngite pultacée* que j'ai déjà eu occasion de mentionner.

Il n'en est pas de même du *coryza*, qui est une inflammation appartenant à la rougeole et non à la scarlatine. Cependant comme le coryza intense, qui se manifeste dans un certain nombre de cas, n'est que l'extension de l'inflammation pharyngienne aux fosses nasales, son apparition s'explique facilement lorsque la pharyngite est intense. Des fausses membranes envahissent les fosses nasales; il s'écoule un mucus purulent; la respiration ne se fait plus par les narines, qui sont douloureuses; en un mot, on observe tous les symptômes du *coryza pseudo-membraneux*. Cette inflammation pénètre assez souvent dans l'oreille par la trompe d'Eustachi.

La *laryngite* et la *bronchite pseudo-membraneuses* sont des complications moins fréquentes de la scarlatine que de la rougeole; cependant il est des épidémies où on les a observées assez souvent. Je n'ai pas besoin de signaler toute la gravité de cette complication.

Dans une épidémie de scarlatine observée par le docteur Cormach (1), l'affection se compliqua de *vaginite* 12 fois sur 23 cas.

Par suite du peu de tendance des voies respiratoires à s'enflammer dans la maladie qui nous occupe, on observe rarement des *inflammations de poitrine.*

Les accidents cérébraux ne doivent être considérés comme une complication que lorsqu'ils sont dus à une *inflammation des méninges* ou *du cerveau*, ce qui est rare.

Je parlerai, à l'article *Rhumatisme articulaire* (2), des douleurs articulaires qui surviennent chez un certain nombre de sujets affectés de scarlatine. Cette complication est beaucoup moins grave que les précédentes.

L'*inflammation des glandes sous-maxillaires et cervicales*, lorsqu'elle dépasse un certain degré, est aussi regardée comme une complication.

M. Graves (3) a rapporté un cas de scarlatine observé chez un enfant de cinq ans, et dans lequel se produisirent des *abcès multiples* qui ont beaucoup prolongé la durée de la maladie.

7° *Anasarque.* — L'anasarque ne peut pas être considérée comme une complication, mais seulement comme une conséquence sérieuse et assez fréquente de la scarlatine.

Je ne crois pas devoir donner ici la description de l'anasarque : ce serait vouloir exposer presque tout ce qui sera dit dans un des articles suivants (4); je men-

(1) *Gazette medicale. Ital. Toscana*, et *Gazette médicale de Toulouse*, août 1852.
(2) Voy. article *Rhumatisme articulaire*.
(3) *Dublin quart. Journ. of med.*, mai 1847.
(4) Voy. *Anasarque.*

tionnerai seulement ce qu'il y a de particulier dans l'œdème qui se développe à la suite de la scarlatine.

MM. Barthez et Rilliet, recherchant la fréquence de l'anasarque chez les scarlatineux, l'ont trouvée chez un cinquième des sujets. Cette proportion doit-elle être regardée comme définitive? C'est ce qu'il n'est pas permis de dire. MM. Barthez et Rilliet observaient à l'hôpital des Enfants, et il serait très possible que, dans de meilleures conditions hygiéniques, avec plus de précautions, cet accident fût plus rare, comme aussi qu'il devînt beaucoup plus fréquent dans de plus mauvaises conditions.

Presque tous les auteurs s'accordent à attribuer la production de l'anasarque à l'action du froid, et, quoique nous n'ayons pas sur ce point les documents les plus précis, tout porte à croire qu'il en est ainsi. Or, si nous rapprochons ce fait de l'époque à laquelle se développe ordinairement l'anasarque, nous verrons combien les précautions doivent être grandes et persévérantes. Ceux qui se sont occupés de cette question, Vieusseux, Wells, Hamilton, ont constaté que l'anasarque ne se montre guère que quinze ou vingt jours après l'éruption, et quelquefois on l'a vue survenir plus tard. Suivant la remarque de Guersant et de M. Blache, ce n'est qu'après la dixième semaine qu'on ne doit plus craindre l'anasarque, suite de la scarlatine, ce qui prouve que ces auteurs ont vu cette anasarque se produire à une époque très éloignée.

L'anasarque se montre-t-elle indifféremment lorsque l'éruption a été faible ou considérable, limitée ou générale? C'est là l'opinion généralement admise; mais nous manquons sur ce point de recherches très exactes.

Il n'est pas rare, dans le cours de l'anasarque scarlatineuse, de trouver les *urines albumineuses ;* mais ce n'est pas un caractère constant, puisque, d'après les recherches récentes, il manque dans un tiers des cas environ. Faut-il voir, dans les cas où l'albumine se montre dans les urines, des cas de maladie de Bright? Je traiterai ailleurs cette question (1); je dirai seulement ici que quelquefois, ainsi que l'a constaté M. Rayer, la maladie de Bright se manifeste à la suite de la scarlatine; mais rien ne prouve qu'elle existe dans tous les cas d'anasarque scarlatineuse.

Cependant M. le docteur W. Gosse (2) a regardé l'anasarque qui survient après la scarlatine comme liée à l'albuminurie. Il a noté les symptômes suivants : Aussitôt, sinon avant que le moindre œdème se manifeste, on observe, en général, une *sensibilité* et même une *douleur dans la région des reins*, une *diminution* plus ou moins marquée *de la sécrétion de ces organes,* et, le plus souvent, des *traces de sang dans l'urine.* Les symptômes ultérieurs, *coma*, *convulsions*, *inflammation des séreuses*, *épanchement dans leur cavité*, s'expliquent facilement, suivant M. Gosse, par la condition morbide du sang. Dans les cas de cette nature, le docteur Rees a constaté la *présence de l'urée dans le sang*. Nous traiterons plus tard la question de l'*urémie*.

Quant aux symptômes de l'anasarque, il est inutile de les indiquer; je dirai seulement que l'œdème se produit presque toujours avec une assez grande rapidité, et que quelquefois l'anasarque est très aiguë et devient rapidement mortelle.

(1) Voy. *Maladie de Bright.*
(2) *London med. Gazette*, 1848.

Barrier a observé, dans un cas d'anasarque, un *œdème de la glotte* qu'il a ırdé comme un œdème non inflammatoire. J'ai démontré ailleurs (1) que les ons données par cet auteur n'étaient pas à l'abri de toute objection.

l peut se développer, dans le cours de l'éruption scarlatineuse, d'*autres érup-ıs* du même genre. M. le docteur Marson (2) a vu, dans le cours de onze ées, la scarlatine se montrer sept fois concurremment avec la variole. La scarla- survenant dans le cours de la variole présentait ses symptômes propres d'inva-ı, comme dans les cas ordinaires, et l'éruption avait l'aspect qu'elle a ordinai-ıent. Chez un des malades, il y eut une anasarque à la suite de la scarlatine. faits sont contraires à l'opinion de Hunter, qui, du reste, avait déjà été com-tue par des faits non moins évidents, ainsi qu'on peut le voir dans un relevé fait le rédacteur des *Archives de médecine* (3), à la suite des observations de Marson.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Marche de la scarlatine régulière. — Les variations dans la marche de la ıladie sont plus considérables dans la scarlatine que dans la rougeole; cependant peut dire d'une manière générale que les symptômes de la période d'invasion nt toujours croissant jusqu'à la seconde période; que parfois néanmoins ils dimi-ıent la veille ou le jour de l'apparition des premières taches, pour reprendre suite leur première violence; qu'ils continuent avec cette intensité pendant les emiers jours de l'éruption, et qu'ils diminuent lorsque l'éruption commence à ılir. Telle est la *marche* de l'affection, considérée d'une manière générale; ıant aux particularités, c'est dans les détails présentés plus haut qu'il faut les ıercher.

La *durée* totale de la maladie a des limites beaucoup moins étroites que celles de rougeole; elle varie, en effet, entre 10 et 40 jours. Néanmoins il faut recon-ıître qu'une durée de 40 et même de 30 jours ne s'observe pas fréquemment. a longue durée de la maladie est principalement due, comme on va le voir, à la ırée de la période de desquamation.

La durée des *trois périodes* dont se compose la marche de la scarlatine est éga-ıment assez variable. Ainsi la *durée de l'invasion* est de 12 heures à 4 jours et lus; mais le plus souvent elle varie entre 36 et 48, ou 60 heures. La *durée* de la ériode d'éruption est en général plus longue: elle varie de 4 à 6 jours dans le lus grand nombre de cas. Quelquefois cependant on l'a vue beaucoup plus ourte, 12 ou 24 heures, et quelquefois aussi beaucoup plus longue, 10, 15 jours, u même, suivant quelques auteurs, 20, 30 et 40; mais ces derniers chiffres sont xceptionnels, et il n'est pas certain que, dans quelques cas, il n'y ait pas eu erreur le diagnostic.

La *période de desquamation* est la plus variable de toutes sous le rapport de ı durée. C'est ainsi que parfois on la voit terminée en 4 ou 5 jours, et que parfois ussi elle dure 20 jours et plus. Dans le plus grand nombre des cas, néanmoins, lle ne dépasse pas 10 ou 12 jours.

(1) *Mémoire sur l'œdème de la glotte* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1845, t. XI).
(2) *Lond. med.-chir. Trans.*, 2e série, t. XIX, 1847.
(3) *Arch. gén. de méd.*, janvier 1848.

La scarlatine à l'état sporadique et régulière *se termine* rarement par la mort; il n'en est pas de même dans les épidémies, qui sont bien loin, néanmoins, d'être également meurtrières. Tantôt, en effet, on a observé une mortalité de 1 sur 20, et tantôt de 1 sur 8 et même de 1 sur 4. La scarlatine irrégulière, et surtout la scarlatine compliquée et maligne, sont fréquemment mortelles.

Comme la rougeole, la scarlatine peut se reproduire plusieurs fois chez le même sujet; mais c'est là une exception. Lorsqu'elle *récidive*, ce n'est ordinairement qu'une fois : cependant quelques auteurs (Jahn, Henrici) affirment l'avoir vue jusqu'à 7 et même 17 fois chez un même sujet.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions dues à la scarlatine ne doivent pas nous arrêter plus longtemps que celles de la rougeole : une putréfaction plus rapide des cadavres, des taches livides, violacées, dans les points occupés par l'éruption; l'injection du tissu réticulaire de la peau, la congestion des organes internes, des altérations analogues sur la muqueuse buccale et pharyngienne; dans les cas de scarlatine hémorrhagique, de petits épanchements sanguins à la surface des muqueuses et même dans le parenchyme des organes; un gonflement des plaques de Peyer et de Brunner, que quelques médecins ont regardé à tort comme une altération semblable à celle qui caractérise anatomiquement la fièvre typhoïde; les lésions qui sont dues aux diverses complications; l'anasarque : telles sont les lésions qu'on a notées dans cette maladie. On y chercherait vainement, comme on le voit, quelque chose qui pût nous éclairer sur la nature de l'affection.

L'*état du sang* a été l'objet de quelques recherches qui méritent d'être mentionnées. Voici comment s'expriment sur ce point Guersant et M. Blache : « Le sang, disent-ils, est loin d'avoir, dans la scarlatine, des caractères physiques constants. Il est épais ou séreux, noirâtre ou clair; il est fluide ou pris en caillots de coloration et de densité variables : il diffère donc, par ces apparences extérieures, du sang dans la rougeole; et cependant M. Andral a trouvé dans les deux exanthèmes les mêmes caractères chimiques et microscopiques du liquide sanguin, c'est-à-dire conservation de la moyenne normale de la fibrine (3 parties sur 1000) et augmentation de la proportion ordinaire des globules (127 sur 1000). Chez quatre malades, en effet, il a constaté que le chiffre de la fibrine était de 3, 3 1/2 et 4; et, chez deux autres, celui des globules de 136 et de 146. »

Il est probable que ces différences trouvées dans l'état du sang tiennent à la présence ou à l'absence de complications inflammatoires. De nouvelles recherches sont nécessaires pour fixer notre opinion sur ce point.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de la scarlatine régulière n'offre de difficultés que dans la première période. Si l'invasion dure plusieurs jours, il est presque impossible de savoir à quelle affection on va avoir affaire le premier et même le second jour; dans le cas contraire, la rougeur de la bouche et l'angine survenant promptement, on est mis sur la voie du diagnostic.

Diagnostic de l'invasion. — Voici sur le diagnostic de cette période quelques

remarques générales. Si la maladie commence par une fièvre très intense, dont on ne trouve la raison dans la lésion d'aucun organe, on a lieu d'attendre l'apparition d'un exanthème; s'il survient une angine assez vive, on a des raisons de croire à l'apparition prochaine de la scarlatine; et lorsque la couleur rouge framboisée se montre sur le voile du palais et sur le pharynx, ces présomptions deviennent une certitude. Ces signes diagnostiques ont bien plus de valeur chez un enfant que chez un adulte.

Dans quelques cas de scarlatine irrégulière, l'éruption, avons-nous dit, peut être difficile à déterminer : le coryza existe aussi bien que l'angine, et l'on peut se demander s'il s'agit d'une scarlatine ou d'une *rougeole*. Voici, en pareil cas, les considérations qui doivent guider le médecin dans le diagnostic.

Dans la scarlatine, la période d'invasion est plus courte; l'angine est plus violente, tandis que le coryza est moins intense, du moins au début; les symptômes cérébraux sont plus violents et plus fréquents; la rougeur de la peau est uniforme ou régulièrement pointillée, tandis que dans la rougeole il existe des taches irrégulières. Dans la scarlatine, on observe un gonflement des pieds et des mains qui n'existe pas dans la rougeole. La première ne présente pas les crachats nummulaires qu'on observe dans la seconde.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que ces signes diagnostiques ne sont pas infaillibles. C'est ce qui ressort de la description précédente. Cependant, quand on en trouve un certain nombre réunis, on doit leur accorder une grande valeur.

Le diagnostic présente également des difficultés dans les cas où il existe une angine sans éruption; mais d'abord on peut mettre de côté l'angine simple, car, dans les cas dont il s'agit, on a affaire à une angine pultacée. C'est donc entre l'angine pultacée scarlatineuse et l'*angine diphthéritique* ou *couenneuse* que doit être porté le diagnostic. Or ce diagnostic sera présenté à l'article *Pharyngite pultacée* (1); je me bornerai donc à l'indiquer dans le tableau synoptique du diagnostic, en y ajoutant quelques signes différentiels.

Je ne pousserai pas plus loin ce diagnostic, parce que les autres difficultés qu'on peut rencontrer ne se montrent que dans des cas particuliers, et qu'il est impossible de les comprendre dans un exposé général.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la scarlatine et de la rougeole irrégulières.*

SCARLATINE.	ROUGEOLE.
Période d'invasion *plus courte*.	Période d'invasion *plus longue*.
Angine prédominante.	*Coryza* et *bronchite* prédominants.
Rougeur de la peau *uniforme* ou *régulièrement pointillée*.	Rougeur de la peau par *taches irrégulières*.
Symptômes cérébraux *plus fréquents et plus violents*.	Symptômes cérébraux *moins fréquents* et généralement *moins violents*.
Gonflement des pieds et des mains.	*Pas de gonflement* des pieds et des mains.
Pas de crachats nummulaires.	*Crachats nummulaires*.

(1) Voy. article *Pharyngite*.

2° *Signes distinctifs de l'angine pultacée scarlatineuse, dans les cas où l'éruption manque, et de l'angine couenneuse.*

ANGINE PULTACÉE SCARLATINEUSE.	ANGINE COUENNEUSE.
Se montre *dans le cours d'une épidémie de scarlatine.*	Se montre *en dehors des épidémies de scarlatine.*
Invasion *violente.*	Invasion *insidieuse.*
Amygdales plutôt *enduites par l'exsudation* que couvertes de pseudo-membranes.	Amygdales *couvertes de pseudo-membranes* évidentes.
L'exsudation se produit sur des parties d'un *rouge écarlate.*	La pseudo-membrane diphthéritique se produit sur des parties qui présentent une *rougeur inflammatoire.*
Exsudation *blanche, opaque, caséiforme, se laissant facilement sillonner par un corps un peu dur.*	Pseudo-membrane *grisâtre, tenace, ne recevant pas facilement l'empreinte des corps durs qui la sillonnent.*
Exsudation *envahissant simultanément toute l'étendue de l'arrière-bouche, et souvent celle des narines.*	Pseudo-membrane *commençant par des îlots sur les amygdales, et de là se portant vers le larynx.*
Médiocre tendance à se porter vers les voies respiratoires.	*Tendance extrême* à envahir les voies respiratoires.

Pronostic. — Lorsque la scarlatine survient chez un sujet sain, que l'intensité des symptômes d'invasion n'est pas extrême, et qu'il n'y a pas d'irrégularité dans sa marche, le pronostic est favorable. Cependant il ne faut pas oublier la réserve dans laquelle on doit toujours rester, et que j'ai recommandée en parlant de la rougeole.

Les complications font, en général, toute la gravité de la maladie; les plus fâcheuses sont l'angine et le coryza pultacés, la gangrène de la bouche, et l'inflammation du cerveau et des méninges.

Je n'ai pas besoin de signaler la gravité de la *scarlatine maligne*, car il ressort de ce que je viens de dire que l'extrême intensité des symptômes fébriles rend le pronostic fâcheux, et c'est cette intensité extrême qui constitue la scarlatine maligne.

La scarlatine hémorrhagique est presque constamment mortelle.

L'anasarque consécutive est un accident fâcheux qui peut causer la mort.

Un état de santé altérée par une autre maladie ajoute beaucoup à la gravité du pronostic, quelle que soit la forme de l'affection; mais, sous ce rapport, la scarlatine ne diffère pas des autres maladies.

On a vu quelquefois la scarlatine, comme la rougeole, modifier avantageusement des maladies cutanées chroniques préexistantes.

§ VII. — Traitement.

Il y a une telle ressemblance dans la manière d'être de la scarlatine et de la rougeole, que presque tout ce qu'on dit du traitement de l'une peut s'appliquer au traitement de l'autre. Je n'aurai par conséquent qu'un très petit nombre de particularités à mentionner ici.

Dans la *scarlatine simple et bénigne*, il faut employer les mêmes soins hygiéniques que dans la rougeole. Seulement il faut, après la disparition de la maladie, tenir avec beaucoup plus de soin et plus longtemps les malades à l'abri du contact

de l'air froid, à cause de l'imminence de l'anasarque. Suivant Vieusseux, on ne doit permettre aux malades, dans les saisons chaudes, de s'exposer à l'air extérieur, que six semaines après la disparition de l'exanthème ; et, dans les saisons froides, on doit leur interdire pendant tout ce temps de passer d'une chambre dans une autre, et de s'exposer au moindre changement de température.

Quant aux sudorifiques, aux excitants généraux, aux couvertures chaudes et multipliées, aux excitants locaux, aux bains de vapeur, etc., il faut se rappeler ce que j'ai dit à leur égard dans le traitement de la rougeole.

Les *purgatifs* et les *vomitifs* sont recommandés par beaucoup d'auteurs ; on les prescrit principalement dans les cas où il y a une angine intense. Le *calomel*, à la dose de 10 à 15 centigrammes, une, deux ou trois fois par jour, est fréquemment administré par les médecins anglais.

Dans les cas de *scarlatine maligne*, *putride*, *ataxique*, etc., il faut se conduire comme je l'ai dit en parlant des cas analogues que présente la rougeole. J'en dis autant relativement à la *scarlatine hémorrhagique* (1).

Les *accidents cérébraux* qui ne sont pas dus à une encéphalite ou à une méningite ne demandent guère de moyens particuliers. Dans le cas où il existe une inflammation cérébrale, on doit combattre cette complication par les moyens ordinaires.

Dans tous les cas que je viens de mentionner, lorsque la *saignée* ou les *émissions sanguines locales* sont indiquées par une complication inflammatoire, on ne doit pas hésiter à y avoir recours ; mais, comme dans la rougeole, il faut en user avec modération.

Un des moyens qui paraissent le plus efficaces, et qui sont le moins employés en France, consiste dans les *affusions froides*, administrées d'abord avec persévérance par Currie (2), après lui par beaucoup d'autres médecins anglais et allemands, et aujourd'hui par les hydrothérapistes.

Suivant presque tous les auteurs, il faut réserver les affusions pour les cas où la fièvre est intense, où il y a des symptômes ataxiques ; en un mot, pour les cas les plus graves.

Les *affusions froides* sont pratiquées en plaçant le malade dans une baignoire, et en lui jetant sur le corps cinq ou six seaux d'eau froide coup sur coup. Les *lotions* sont faites sur tout le corps avec une éponge ou une serviette mouillée. Après les affusions et les lotions, il faut essuyer avec grand soin les malades, mais il ne faut pas les couvrir plus qu'auparavant, ni les entourer de linges chauffés.

Les affusions et les lotions doivent être pratiquées toutes les deux, trois ou quatre heures. C'est au médecin à juger si elles doivent être rapprochées ou éloignées, ce qui dépend de la plus ou moins grande rapidité avec laquelle la chaleur morbide se reproduit.

Quant au *traitement hydrothérapique*, je n'ai pas à le décrire ici, il est trop généralement connu. On sait qu'avant de soumettre les malades à l'action de l'eau froide, on provoque chez eux la transpiration.

(1) Voy. article *Rougeole*.
(2) *Medic. Reposit.*, etc. Liverpool, 1814.

Il y a bien loin de ces traitements à celui que l'on a si longtemps préconisé, et qui consistait à *pousser à la peau* en donnant les excitants, les sudorifiques, et en surchargeant les malades de couvertures; mais l'expérience est tout à fait favorable à la méthode réfrigérante. Depuis Currie, qui a employé avec le plus grand succès cette méthode chez un grand nombre de sujets, les auteurs anglais et allemands ont accumulé les faits en sa faveur, et les médecins honorables qui ont observé dans les établissements hydrothérapiques ont vu l'eau froide, appliquée dans des conditions en apparence si défavorables, produire un soulagement notable, sans jamais causer aucun accident. Récemment encore, M. Schedel (1) a pu observer un assez grand nombre de cas dans lesquels les avantages du traitement hydrothérapique lui ont paru évidents.

Si maintenant nous voulons porter un jugement définitif sur la médication par l'eau froide, nous nous trouvons embarrassé, comme dans presque toutes les questions thérapeutiques, par le défaut de détails suffisants. Il faudrait, en effet, une analyse très rigoureuse d'un grand nombre de faits pour nous faire connaître le degré d'efficacité réel de cette médication, et c'est ce que nous n'avons pas, parce que la nécessité des recherches de cette nature n'est pas encore parfaitement reconnue. Tout ce qu'il nous est permis de dire, c'est que : 1° les affusions, les lotions d'eau froide, n'ont pas le danger que des idées théoriques leur avaient attribué; 2° que leur effet immédiat est de calmer les malades, et de leur donner une sensation de fraîcheur agréable ; 3° que, quant au résultat définitif, c'est-à-dire à l'issue et à la durée de la maladie, il faut de nouvelles recherches, dans lesquelles on tienne compte de la gravité des symptômes, de l'état de simplicité ou de complication de la maladie, de l'âge des malades, de l'état sporadique ou épidémique de l'affection, etc., etc.; en un mot, une statistique bien complète pour fixer notre opinion sur ce point.

Les partisans outrés de la médication par l'eau froide l'emploient dans tous les cas de scarlatine : c'est un excès. Je pense qu'il convient de réserver cette médication pour les cas où la chaleur est très élevée, la fièvre violente et l'agitation considérable.

Traitement prophylactique. — Plusieurs substances ont été signalées comme pouvant préserver de la scarlatine.

Je citerai d'abord la *belladone*, recommandée principalement par les médecins allemands; on l'administre ainsi qu'il suit :

℞ Extrait de belladone.. 0,05 gram. | Eau de cannelle.......... 15 gram.

Doses : aux enfants d'un an, deux ou trois gouttes matin et soir ; aux enfants de deux ans, trois ou quatre gouttes ; et ainsi de suite, en augmentant d'une goutte par chaque année.

Je ne ferai que signaler l'*eau de goudron*, le *calomel*, les *fumigations acides*, le *soufre doré d'antimoine*, parce que nous n'avons pas de preuves suffisantes de leur efficacité.

M. le docteur Webster (2) emploie, principalement comme traitement prophy-

(1) *Examen clin. de l'hydrothér*. Paris, 1845.
(2) *Monthly Journal*, et *Revue méd.-chir.*, septembre 1850.

tique, les lotions sur tout le corps avec un mélange d'*acide acétique*, ou simment de *vinaigre* ordinaire, et d'*eau tiède*. Il annonce que de nombreux faits ont appris que par ce moyen bien simple on empêche la propagation de la malie aux autres personnes habitant la même maison. C'est une médication qu'on ut facilement essayer.

L'*inoculation* proposée par Lehmann et M. Miquel (d'Amboise) peut être emyée dans une épidémie, mais on n'est pas encore fixé sur sa valeur.

Presque tous les auteurs s'accordent à dire qu'il faut s'en tenir à l'*isolement*. st surtout au moment où l'éruption et l'angine sont dans toute leur vigueur que transmission paraît à craindre, mais il faut bien se garder de croire qu'elle n'est s possible à toutes les époques de la desquamation.

Pour prévenir les accidents consécutifs à la scarlatine, M. le docteur Schneeman (1) conseille les *onctions faites avec un morceau de lard chauffé, sur tout corps*, à la période de desquamation. Ces onctions doivent être faites sans déuvrir le malade, pour éviter le refroidissement. Le docteur Ebert (2) préconise ce aitement à toutes les époques de la maladie. Selon lui, sous l'influence de ces frics, la période d'éruption est plus rapide, les complications sont moins à craindre, n'y a pas de desquamation, le malade peut quitter la chambre du dixième au ième jour. M. Ebert n'a jamais vu d'anasarque consécutive ; il a pu, en outre, ire communiquer les malades avec des personnes saines, et il n'a pas observé la ansmission de l'affection. Enfin sur 22 malades, dont 11 offraient des comlications fâcheuses, 13 ont été traités par les frictions : un seul a succombé près la première friction, les autres les ont subies régulièrement deux fois par ur pendant dix jours. Parmi les 9 qui furent soumis à un autre traitement rois succombèrent. En admettant que l'observation ultérieure vienne confirmer s résultats obtenus par MM. Schneemann et Ebert, il est permis de croire que s onctions faites avec toute autre matière grasse auraient les mêmes effets.

Pour combattre l'*anasarque scarlatineuse* qu'il attribue, comme nous l'avons u, à l'albuminurie, M. le docteur W. Gosse (3) conseille les *émissions sanguines*, es purgatifs *hydragogues*, les *bains chauds* chaque soir, et de petites doses de *artre stibié* fréquemment répétées. Selon lui, les diurétiques sont contre-indiqués, parce qu'ils favorisent l'expulsion de l'albumine.

D'après M. Maclagan (4) l'*extrait acétique de colchique* aurait la propriété d'augmenter la quantité d'urée et d'acide urique, et de diminuer celle de l'albumine. Dans trois cas d'anasarque suite de scarlatine, ce médecin dit avoir administré ce médicament avec le plus grand succès. On peut le prescrire à la dose de 5 à 15 grammes deux ou trois fois par jour.

Il me resterait à indiquer le *traitement de l'angine pultacée*, mais je le donnerai avec les plus grands détails dans un autre article de cet ouvrage.

(1) Voy. article *Pharyngite pultacée*.
(2) *Annal. Berlin*, 1851, et *Bulletin gén. de thérap.*, 31 août 1851.
(3) *Gazette méd. de Strasbourg*, 1848.
(4) *Monthly Journ. of med.*, décembre et janvier 1852, et *Bulletin gén. de thérap.*, 15 février 1852.

ARTICLE VIII.

MILIAIRE (*fièvre, suette miliaire*).

Avant d'entrer dans la description de cette maladie, qui s'est montrée fréquemment sous forme d'épidémies graves, il importe de déterminer si elle mérite réellement une place dans le cadre nosologique, ou si, comme le professe un habile médecin de notre époque (1), la miliaire n'est qu'un épiphénomène survenu dans le cours de plusieurs maladies fébriles.

Je n'aurai pas recours, pour traiter cette question, aux auteurs des siècles derniers, bien qu'on pût leur emprunter des éléments utiles; je mentionnerai seulement les recherches faites dans ces vingt dernières années avec le soin qu'on apporte aujourd'hui à l'observation. En 1821, il y eut, dans les départements de l'Oise et de Seine-et-Oise, une épidémie de suette miliaire; elle fut observée par M. Rayer, qui nous en a donné une bonne description (2). En 1832, MM. Menière, Pinel-Grandchamp et Hourmann observèrent une épidémie semblable dans les mêmes localités, et M. Menière la décrivit (3). En 1839, époque à laquelle paraissait l'article de Chomel, on publiait une relation d'une épidémie qui se manifesta dans l'arrondissement de Coulommiers, et qui fut étudiée par MM. Barthez, N. Guéneau de Mussy et Landouzy (4). La même année, le docteur A. Robert (5) donnait une description de la fièvre miliaire qu'il observait depuis sept ans à Chaumont et aux environs; enfin M. Parrot, ayant été témoin d'une épidémie semblable dans le département de la Dordogne en 1841, en envoya la relation à l'Académie de médecine (6).

Pendant que la dernière épidémie de choléra sévissait en France, on a observé, dans un grand nombre de localités, une autre épidémie de suette sur laquelle nous avons eu plusieurs relations importantes, parmi lesquelles je citerai celles de MM. Foucart (7), Bourgeois (8) et Taufflieb (9). Ces dernières relations ont modifié notre manière de voir sur plusieurs points, et en particulier sur la gravité de la maladie.

Il est facile, avec de semblables documents, de s'assurer s'il existe en effet une affection bien distincte de toutes les autres, à laquelle on puisse donner le nom de *fièvre miliaire*. Or un examen attentif de ces relations m'a démontré qu'il en est réellement ainsi. Je ne chercherai pas à le prouver ici, car la démonstration ne pourrait se faire que par une description de la maladie elle-même, et ce sont des

(1) Chomel, *Dictionnaire de médecine*, t. XX, art. MILIAIRE.
(2) *Histoire de l'épidémie de suette miliaire qui a régné en 1821 dans les départements de l'Oise et de Seine-et-Oise.* Paris, 1822, in-8.
(3) *Arch. gén. de méd.*, 1832, t. XXIX, p. 98.
(4) *Gazette médicale de Paris*, 1839.
(5) *De la fièvre miliaire*, 1839.
(6) *Histoire de l'épidémie de suette miliaire qui a régné dans le département de la Dordogne* (*Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1843, t. X, p. 386).
(7) *De la suette miliaire, de sa nature et de son traitemnet.* Paris, 1854, in-8. — *Bulletin de l'Acad.*, t. XIV, p. 922, 1116.— *Rapport sur la suette miliaire*, par M. le docteur J. Guérin (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1853, t. XVII, p. 1 et suiv.).
(8) *D'une épidémie de suette*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 4ᵉ série, 1849, t. XXI, p. 303).
(9) *Bulletin gén. de thérap.*, mai 1849.

tails que je dois présenter plus loin. Je signale seulement le fait, et je me con-
ıte de dire que je me fonde principalement sur la ressemblance des symptômes
de la marche de la maladie dans les diverses épidémies observées.

Toutefois il faudrait bien se garder de considérer comme une fièvre miliaire
oprement dite toute affection dans laquelle se produit l'éruption miliaire : les
ts signalés par Chomel ne sauraient, en effet, être contestés, et il est certain
e, dans un assez grand nombre de cas, l'éruption miliaire n'est qu'une compli-
tion, ou un épiphénomène, pour me servir de l'expression de l'auteur que je
ns de citer. A Paris, nous n'observons guère que des cas de ce dernier genre, et
st probablement ce qui a jeté du doute dans quelques esprits.

La miliaire purement symptomatique n'ayant qu'une très faible importance, j'en
rai à peine quelques mots, et je m'occuperai presque exclusivement de la fièvre
iliaire proprement dite, celle à qui l'on a donné et qui mérite le nom de *suette*.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La maladie, telle que je l'envisage ici, est une fièvre, une pyrexie, caractérisée
incipalement par de grandes sueurs et par une éruption papulo-vésiculeuse, qui,
l'on s'en rapporte à quelques cas, n'est pas constante, mais qui du moins manque
ien rarement. Les boutons qui constituent l'éruption ont à peu près la forme et le
lume d'un grain de millet, et c'est ce qui a fait donner à cette maladie le nom de
iliaire.

Les principales dénominations sous lesquelles elle a été désignée sont les sui-
ntes : *miliaria*, *exanthema miliare*, *febris purpurata miliaris*, *purpura mi-
aris*, *purpura alba*, *hydroa*, *febris vesicularis*, *pourpre blanc*, *millot*, *millet*,
ette des Picards, *fièvre sudorale*, etc.

Les épidémies de suette miliaire ne sont pas rares, on en a la preuve dans ce que
ai dit plus haut ; elles sont toutefois moins fréquentes et surtout moins meur-
rières que dans les deux siècles derniers. Si l'on excepte la miliaire symptoma-
ique, on peut dire que cette affection est assez rare à l'état sporadique ; cependant
n en observe des exemples plus ou moins nombreux chaque année dans les loca-
ités où ont sévi les épidémies.

[Il ne faut pas confondre la *suette de Picardie* avec la *suette anglaise* (*sudor
nglicus*), maladie meurtrière qui, au moyen âge, a décimé une partie de l'Europe
t n'a plus reparu dans les temps modernes ; en effet, il est impossible de trouver
ntre les symptômes de la suette de Picardie et ceux de la suette anglaise la moindre
nalogie.]

§ II. — Causes.

Rien n'est plus obscur que l'étiologie de la suette miliaire. Voici les seuls docu-
ments un peu précis que nous possédions sur ce point : c'est de vingt à quarante ans
qu'on y est le plus exposé (Rayer) ; les femmes y sont plus sujettes que les hommes
dans la proportion de 5 à 4 environ (Rayer, Parrot, Guéneau, Barthez, Landouzy).
Suivant M. Parrot, la *grossesse* et l'*état puerpéral* y prédisposent particulièrement.
Du reste, on n'a noté aucune influence appréciable de la part des conditions hygié-
niques.

Quant aux causes déterminantes de la suette proprement dite, nous devons con-

venir que nous ne les connaissons nullement. Quelques médecins ont admis la *contagion*, mais sans aucune preuve. Ainsi que le fait remarquer M. Foucart (1), rien n'a démontré jusqu'à présent, d'une manière positive, qu'elle soit transmissible par voie de contagion ou d'infection. J'ai déjà dit qu'elle est ordinairement *épidémique* et *endémique*.

M. le docteur Boinet (2) a vu la suette exister en même temps que le choléra chez les mêmes individus; c'était le choléra qui survenait dans le cours de la suette. Ces faits sont contraires à l'opinion de M. Lachaise (3), qui pense que quand il survient une épidémie d'une de ces maladies, elle suspend l'autre, et réciproquement.

§ III. — Symptômes.

On a divisé, pour décrire les symptômes, la suette miliaire en *continue* et en *rémittente;* mais dans les épidémies on a le plus ordinairement observé cette affection sous la forme continue. M. Parrot seul, qui observait dans la Dordogne, a trouvé presque constamment la fièvre rémittente. La fièvre miliaire continue est par conséquent celle qu'il nous importe le plus d'étudier; quelques mots serviront à faire connaître la forme rémittente.

Symptômes précurseurs. — C'est une question qui n'est pas encore complétement résolue que celle de savoir si les symptômes qui précèdent l'éruption sont rares ou fréquents. Suivant quelques auteurs, un des caractères de la suette miliaire consiste dans l'*invasion brusque* de la maladie, de telle sorte que, dans une épidémie, on voit beaucoup de sujets qui la veille étaient bien portants, et qui le lendemain présentent un des symptômes les plus caractéristiques, c'est-à-dire les sueurs abondantes. D'autres, au contraire, ont vu presque toujours les symptômes caractéristiques précédés pendant un ou plusieurs jours, d'un état de malaise marqué, d'anorexie, de lassitude spontanée, d'une fatigue que le sommeil ne dissipe pas. M. Robert, qui nous a donné une bonne description de la maladie d'après de nombreuses observations, a noté presque constamment ces symptômes précurseurs. D'autres ont observé la céphalalgie sus-orbitaire, des douleurs dans les articulations et à l'épigastre, des nausées, des vomissements, des coliques. La seule conclusion qui soit permise, c'est que, sous ce rapport, les choses se passent différemment dans les diverses épidémies, car, d'un autre côté, c'est d'après des observations exactes que MM. Barthez, Guéneau de Mussy et Landouzy ont avancé que la maladie a souvent une invasion brusque.

Invasion. — Que la maladie ait commencé ou non par les symptômes que je viens d'énoncer, l'*invasion* réelle de la suette est le plus souvent marquée par un *frisson* plus ou moins violent, suivi d'une sueur abondante et de brisement des membres. Dès ce moment la maladie est confirmée.

Symptômes de la maladie confirmée. — Les *sueurs* constituent un des symptômes les plus importants et les plus prompts à se montrer. Dans les cas où il n'y a pas de symptômes précurseurs, elles marquent presque toujours le début, et dans les autres elles suivent, comme je l'ai dit plus haut, le frisson de très près.

(1) *Loc. cit.*
(2) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. XV, 1849, p. 79.
(3) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 28 août 1849, t. XIV, p. 1023.

Les sueurs sont principalement remarquables par leur abondance et par leur ›ntinuité. M. Rayer a insisté avec raison sur ce caractère, et il a noté que la sueur xiste dans tous les moments à un degré remarquable, quelle que soit la forme de ı maladie. Cependant il faut reconnaître, avec MM. Barthez, Guéneau de Mussy, arrot et Robert, que, dans la forme rémittente, il y a une différence notable dans ıbondance des sueurs pendant les paroxysmes et pendant les intervalles qui les parent.

L'*abondance des sueurs* est telle, que les draps, les matelas, en un mot, le lit ut entier peut en être traversé; que, en tordant les draps, on voit parfois la ıeur ruisseler, et que, en soulevant les couvertures, on la voit s'élever sous forme une vapeur dense qui, en se condensant, retombe comme une pluie. Il y a néanoins des degrés très divers dans l'abondance des sueurs, mais on peut dire d'une anière générale qu'elles sont remarquables par leur quantité.

Suivant M. A. Robert, la sueur est aigre et répand une *odeur de vinaigre ›oisi*. Cependant MM. Barthez, Guéneau et Landouzy, ayant appliqué du papier e tournesol sur la face des malades, n'ont trouvé ni acidité ni alcalinité prononèe. MM. Rayer et Moreau (1) ont comparé l'odeur de la sueur à celle de la *paille ›urrie;* mais, suivant M. Menière, cette odeur ne se montre que lorsque les maldes sont couchés sur des paillasses déjà vieilles et formant la pièce principale du t. Quant à M. Parrot, il ne compare cette odeur à aucune autre, et se contente e dire qu'elle est tellement caractéristique, qu'il est impossible de ne pas la re›nnaître quand on l'a une fois sentie.

La *chaleur* de la peau est élevée, et cette élévation de la température est en ıpport direct avec l'intensité de la maladie. Cette membrane, étant comme macérée par la sueur, fait, suivant M. Parrot, éprouver, au toucher, une sensation articulière et indéfinissable, qui, d'après cet auteur, est pathognomonique.

Ce n'est qu'au bout de trois, et bien plus souvent de quatre jours que se maifeste l'*éruption* qui a valu à la maladie le nom de *fièvre miliaire*. M. Robert l'a ue survenir du quatrième au sixième jour, et il n'est pas très rare de ne la voir pparaître que le septième et même le huitième jour. Cette éruption est précédée 'un sentiment de *picotement* et de *fourmillement général* auquel elle ne tarde as à succéder. L'éruption n'est pas un phénomène constant, mais les cas dans ısquels on ne l'a pas observée sont assez rares pour qu'on accorde la plus grande aleur à ce symptôme, d'autant plus que, comme le font très bien remarquer IM. Barthez, Guéneau et Landouzy, on a dû, par suite de la tendance qu'on a ı rapporter pendant une épidémie la plupart des affections à la maladie régnante, oir parfois une suette miliaire là où elle n'existait pas.

MM. Barthez, Guéneau et Landouzy ont décrit avec soin les trois variétés de 'éruption désignées sous les noms de *miliaire rouge*, *miliaire vésiculeuse* ou ›lleuse, *miliaire blanche*. La *miliaire rouge* consiste dans de petites taches de ! à 5 millimètres de diamètre, rouges, légèrement saillantes, donnant de la rudesse ı la peau, disparaissant sous la pression, et reparaissant promptement. Les auteurs ıue je viens de citer ont vu, au moyen de la loupe, une petite vésicule au sommet le ces taches.

(1) *Journal hebdomadaire de médecine*, t. VIII.

La *miliaire vésiculeuse* consiste dans des vésicules plus volumineuses, entourées à leur base d'une auréole rouge renfermant un liquide transparent qui, au bout de quelque temps, prend un aspect puriforme, ce qui a fait donner à cette variété le nom de *vésiculo-pustuleuse*. Lorsque la sérosité s'accumule en plus grande abondance sous l'épiderme, il en résulte des bulles ou des phlyctènes; c'est alors la *miliaire bulleuse* ou *phlycténoïde*.

Miliaire blanche. — On a donné ce nom à des vésicules entièrement semblables aux sudamina qu'on trouve dans plusieurs maladies, et particulièrement dans la fièvre typhoïde.

Ces diverses espèces d'éruptions se montrent souvent réunies sur le même sujet, ou du moins on les voit apparaître successivement. Celle qui se rencontre le plus rarement est la forme bulleuse ou phlycténoïde.

L'éruption peut se prolonger pendant deux ou trois septénaires; les vésicules se renouvellent; les unes se dessèchent, et d'autres apparaissent, jusqu'à ce que les symptômes généraux se dissipent, ou qu'il survienne, au contraire, un état grave, et annonçant la mort, pendant lequel l'éruption pâlit et se flétrit.

Il arrive quelquefois, lorsque l'éruption a été uniquement constituée par des papules rouges, que la miliaire ne laisse après elle aucune *desquamation;* mais le plus souvent on observe une desquamation marquée, tantôt d'apparence furfuracée, et tantôt formée par des lambeaux épidermiques d'une assez grande étendue, comme dans la scarlatine. On a vu la langue, bien qu'on n'y ait pas pu découvrir de vésicules, se dépouiller de son épiderme par une desquamation semblable à celle du reste du corps, et rester d'un rouge vif comme lorsque le *muguet* s'est détaché.

Quand il n'y a eu qu'une miliaire rouge, on ne doit pas admettre trop promptement l'absence de la desquamation. MM. Barthez, Guéneau de Mussy et Landouzy l'ont en effet observée dans quelques cas, huit ou dix jours après la disparition de tous les autres symptômes.

Le *siége* de prédilection de l'éruption est la partie antérieure de la poitrine, l'abdomen et la région dorsale; viennent ensuite les membres supérieurs, puis les inférieurs, et enfin la face et le cuir chevelu. Il est rare qu'on la rencontre sur les pieds. MM. Rayer, Barthez, Guéneau et Landouzy l'ont vue jusque sur le voile du palais, mais jamais sur la langue.

Parfois l'éruption se fait très rapidement sur la surface du corps; elle est ordinairement alors *confluente;* parfois elle se montre successivement et lentement sur les points précédemment mentionnés; elle peut être alors *discrète*, et parfois aussi elle reste *circonscrite* dans une partie limitée du corps, l'abdomen par exemple.

Le *prurit*, les *fourmillements* signalés plus haut se continuent pendant l'éruption; quelquefois il y a des picotements vifs; quelquefois aussi des douleurs assez violentes à la surface du corps. Ces symptômes sont, en général, en rapport direct avec l'abondance et la rapidité de l'éruption.

Pendant que ces phénomènes se produisent, on observe d'autres symptômes qui ont une grande importance. Il y a une *céphalalgie* plus ou moins violente, ordinairement frontale, durant pendant tout le cours de la maladie, augmentant au moment de l'éruption, et quelquefois acquérant alors une violence extrême. Dans plusieurs épidémies, cette céphalalgie a été constante; mais dans quelques-unes, et

notamment dans celle qu'ont observée MM. Barthez, Guéneau et Landouzy, ce symptôme a manqué dans un certain nombre de cas et n'a eu qu'une durée limitée dans d'autres. M. Bourgeois (1) a observé maintes fois des *douleurs névralgiques de la tête*.

Il y a en outre de l'*agitation*, de l'inquiétude, de l'abattement, de l'insomnie; parfois même du *délire*, des spasmes, des convulsions, et ces symptômes ont une intensité très variable, suivant les cas. En général, la faiblesse est grande, et l'on observe des douleurs dans les articulations et un sentiment de brisement des membres. MM. Barthez, Guéneau et Landouzy, ont observé chez plusieurs malades des *épistaxis* assez abondantes, et chez quelques-uns on a eu de la peine à arrêter l'hémorrhagie.

Du côté des *voies digestives*, on note une soif rarement très vive, la perte de l'appétit, un état saburral des premières voies. Parfois quelques nausées et des vomissements, et surtout une *constriction douloureuse de l'épigastre* qui a frappé tous les observateurs. Comme les symptômes précédents, cette douleur épigastrique peut exister dès le début de la maladie; mais comme eux aussi, et plus encore, elle augmente notablement au moment de l'éruption et pendant sa durée. Chez certains sujets, cette douleur épigastrique est atroce; elle dure deux ou trois heures, puis se dissipe en plus ou moins grande partie, pour reparaître plus tard, et ainsi de suite. Chez quelques malades, c'est un sentiment d'angoisse très pénible, auquel succèdent parfois de véritables *lipothymies*. Le *sang* résultant des saignées n'est jamais couenneux, suivant l'observation de M. Parrot; il offre un caillot large et peu consistant, et une grande quantité de sérum.

Chez un petit nombre de sujets, M. Rayer a observé un flux dysentérique; mais les cas de ce genre sont rares. Des *aphthes* et des *productions pseudo-membraneuses* se manifestent dans un assez grand nombre de cas.

Bien qu'il n'y ait presque jamais, dans les *organes respiratoires*, de lésion appréciable par la percussion et l'auscultation, les malades présentent de l'oppression, une respiration fréquente et pénible, et parfois même des menaces de suffocation. On a attribué ces symptômes à une altération de l'influx nerveux. Dans quelques cas rares, on a trouvé les signes d'une bronchite peu intense.

Les *urines*, transparentes pendant le cours de la maladie, deviennent troubles et sédimenteuses à la fin de l'éruption, lorsque la maladie se termine heureusement. M. A. Robert a constamment observé ce symptôme.

On a remarqué qu'un très grand nombre de femmes, atteintes de la suette miliaire, avaient leurs menstrues pendant la maladie; on en a conclu que cette affection provoque et avance l'*éruption menstruelle*. Il est difficile de se prononcer sur ce point; cependant je ferai remarquer que cette particularité a été signalée dans plusieurs épidémies. M. Parrot a observé plusieurs *avortements* dans le cours de l'affection.

Le *pouls* est accéléré, et en général développé pendant l'éruption. Lorsque la maladie devient très grave, il est souvent faible, petit, serré, irrégulier. Dans les cas très intenses, les battements du cœur sont violents et tumultueux.

Tels sont les symptômes de la suette miliaire. Dans un certain nombre de cas,

(1) *Loc. cit.*

ils sont légers, quoique nombreux; la maladie suit son cours sans perturbation, l'éruption se fait bien, et la terminaison favorable a lieu au bout de huit à quinze jours : c'est la *suette miliaire bénigne.* Dans d'autres cas, la maladie parcourt également bien ses périodes; mais l'agitation, les douleurs, la constriction épigastrique, etc., en un mot les principaux symptômes offrent une grande intensité; la maladie a une plus longue durée; la convalescence est pénible, et parfois les malades succombent, ordinairement par suite d'une complication : c'est la *suette miliaire intense.* Dans quelques cas enfin, le début est brusque, les symptômes nerveux sont extrêmement violents, la fièvre est des plus intenses, et la sueur d'une abondance excessive. Les malades sont alors rapidement emportés; le plus souvent il n'y a pas d'éruption, et c'est dans ces cas surtout qu'on observe le *délire*, parfois furieux, les tremblements spasmodiques, les soubresauts des tendons, etc., phénomènes qui annoncent la terminaison fatale : c'est la suette miliaire *maligne* ou *foudroyante.*

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Dans l'exposé des symptômes, j'ai suivi, autant que possible, l'ordre dans lequel ils se présentent, et il résulte de ce que j'ai dit que la maladie, lorsqu'elle est simple et continue, peut se diviser en quatre périodes distinctes : 1° *période prodromique*, 2° *période sudorale*, 3° *période éruptive*, 4° *période de desquamation.* J'ai fait assez sentir qu'une ou plusieurs de ces périodes peuvent manquer sans que la maladie cesse d'être caractérisée; cependant il est probable qu'on a beaucoup exagéré ce fait. MM. Barthez, Guéneau et Landouzy, qui ont fixé leur attention sur ce point, n'ont pas vu un seul cas dans lequel l'éruption ait manqué; mais on leur a dit qu'il en avait été ainsi. N'aurait-on pas bien des fois laissé passer inaperçue une éruption légère? Les cas dans lesquels les sueurs ont manqué sont beaucoup plus rares encore, et en outre, comme, d'une part, elles viennent avant l'éruption, et, de l'autre, qu'elles peuvent se supprimer lorsque celle-ci paraît, il ne serait pas impossible que bien des fois on eût cru à tort à leur absence.

Jusqu'à présent j'ai parlé de la *forme continue* de la suette miliaire; mais je dois d'abord ajouter que, même dans cette forme continue, on voit souvent des *paroxysmes* assez marqués, avec un *redoublement de sueur* pendant leur cours, et ensuite il importe de dire quelques mots de la forme rémittente.

Forme rémittente. — Si je voulais me borner à fixer l'attention sur la rémittence, ce titre seul suffirait, car tout le monde sait quels sont les caractères d'une fièvre rémittente, et il n'y aurait qu'à en faire l'application à celle qui nous occupe; mais la rémittence de la suette miliaire est souvent marquée par des signes très légers qui pourraient échapper à l'examen, s'ils n'étaient particulièrement indiqués.

M. A. Robert, qui a très bien étudié ce point de l'histoire de la suette, nous apprend que la fièvre miliaire rémittente est le plus souvent sporadique; qu'elle a ordinairement une invasion brusque; que quelquefois il y a un frisson périodique ou un refroidissement partiel, suivi de chaleur ou de sueur, mais que souvent aussi l'accès est irrégulier, n'est caractérisé que par une augmentation du mouvement fébrile, ou simplement par du malaise, un peu d'abattement, une légère

célération du pouls, et même la pâleur de l'éruption. M. Robert a constaté, dans certain nombre de cas, que les urines étaient claires au commencement du reublement et troubles à la fin. Il a trouvé aussi que, dans la forme rémittente, ruption n'est souvent que partielle,

La *durée* de la maladie varie beaucoup, suivant qu'elle est légère, intense ou ligne. Dans le premier cas, elle ne dépasse guère deux septénaires; dans le sed, le rétablissement étant ordinairement lent et difficile, il n'est pas rare de ir des cas durer trois semaines, un mois et plus; dans le troisième, la mort rvient dans le premier ou au commencement du second septénaire; si les malades happent, la durée de la maladie est généralement plus longue encore que dans le cond cas.

La *terminaison* par la mort a été fréquente; elle a varié dans les diverses épidéies. La mortalité a été, dans une, de 1 sur 19; dans une autre, de 1 sur 13; ns d'autres, plus grande encore. Les soubresauts des tendons, le désespoir, l'abatment, le coma, sont les symptômes qui se sont produits dans les derniers moents, et c'est aussi alors qu'on a vu le plus souvent survenir le flux dysentérique gnalé par M. Rayer.

C'est là ce qu'on avait observé avant la dernière épidémie; mais il est résulté s diverses relations que les auteurs nous ont données de cette épidémie que peutre la grande mortalité observée dans plusieurs des précédentes était due à la anière vicieuse dont la maladie était traitée. On a vu, en effet, que si l'on avait soin de ne pas trop couvrir les malades, contrairement à ce que l'on faisait autres pour aider une transpiration qui n'est déjà que trop abondante, et que si l'on employait qu'une médication très simple, la mortalité était très peu considérable 1 nulle. Toutefois ne nous hâtons pas de prononcer; car ce qu'on a attribué à la édication pourrait bien n'être dû qu'à la bénignité particulière de l'épidémie, et cevoir un démenti dans une épidémie nouvelle.

§ V. — Lésions anatomiques.

M. Parrot a remarqué que les cadavres des sujets morts de la suette miliaire mbent très rapidement en putréfaction, ce qui avait déjà été signalé par lioni (1); que de larges ecchymoses se produisent dans les parties les plus dées, et que le sang est accumulé vers la tête, de manière à la gonfler.

Dans l'estomac et dans l'intestin, on n'a pas trouvé de lésions constantes. De la ugeur, quelques plaques violacées, telles sont les lésions bien légères qui sont plus généralement observées dans ces organes.

M. Parrot n'a rencontré que dans quelques cas une légère tuméfaction des follies de Peyer et de Brunner. M. Bourgeois (cité par MM. Barthez, Guéneau et ndouzy) a vu une fois une éruption vésiculeuse dans l'iléon et le gros intestin, M. Robert a signalé comme une lésion fréquente un développement considérable s follicules de Brunner, sans entrer dans de plus grands détails.

Un état fréquent de congestion du foie et de la rate, les poumons gorgés de sang, rtout vers les parties déclives; les veines et même les artères remplies d'un sang ir et fluide : telles sont les autres lésions signalées.

(1) *Tractatus de miliariæ origine*, etc., 1758.

Le premier fait à noter, c'est qu'aucune de ces lésions n'est constante, et le second qu'il n'en est également aucune qui puisse caractériser une des autres maladies fébriles que nous connaissons. Il est vrai que, dans un certain nombre de cas, on trouve les traces d'une angine, d'un rhumatisme articulaire, etc.; mais ces cas, qui ne sont pas les plus fréquents dans les épidémies, doivent être regardés comme des cas compliqués qui n'infirment nullement la règle. Ceci me conduit à dire quelques mots des complications.

§ VI. — Complications.

Sous le nom de *fièvre miliaire compliquée*, les auteurs ont réuni deux ordres de faits fort différents. Dans le premier il s'agit, en effet, de maladies fébriles bien connues, comme la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire, la pneumonie, dans le cours desquelles survient une éruption miliaire plus ou moins abondante. Ce sont ces cas que quelques auteurs ont regardés comme exprimant la règle, ce qui les a engagés à nier l'existence d'une affection particulière bien déterminée à laquelle on puisse donner le nom de *fièvre* ou *suette miliaire*. Mais ce ne sont pas là les cas qu'on observe ordinairement dans les épidémies, et non-seulement ils ne doivent pas être regardés comme des fièvres miliaires compliquées, mais encore on doit n'accorder à l'éruption miliaire qu'une faible importance, et ne la regarder elle-même que comme une complication généralement insignifiante.

Dans d'autres cas, au contraire, il survient dans le cours de la suette miliaire une *angine intense*, une *bronchite*, des *aphthes*, une *entérite*. Ce sont là véritablement les cas qu'on peut regarder comme compliqués. Toutefois il serait bon qu'on se livrât sur ce point à quelques recherches qui ne seraient pas sans intérêt. Ces angines simples ou couenneuses, ces bronchites, ces entérites, au lieu d'être des complications, ne seraient-elles pas plutôt des lésions secondaires plus ou moins fréquentes, appartenant à la fièvre miliaire elle-même? Dans la description des autres fièvres, nous avons eu à signaler de semblables lésions secondaires dont le développement est généralement en rapport direct avec l'intensité et la durée du mouvement fébrile, et qui ne peuvent pas être considérées comme de simples complications.

Il serait complétement inutile de mentionner les lésions qui appartiennent à ces complications : tout le monde les connaît.

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

Après ce que je viens de dire des lésions anatomiques, dois-je entrer dans les détails du diagnostic, comme l'ont fait quelques auteurs, et en particulier Naumann (1), qui cherche à distinguer la fièvre miliaire du rhumatisme, de la rougeole, de la scarlatine? Évidemment non. Pendant la vie, les sueurs abondantes, la forme de l'éruption, la marche de la maladie, servent à la distinguer de toutes celles que je viens d'énumérer; et, après la mort, l'absence de lésions dans les follicules de Peyer vient se joindre aux signes symptomatiques pour éloigner toute idée de fièvre typhoïde. Rien n'est mieux établi, par conséquent, que l'existence

(1) M. E. A. Naumann, *Handbuch der medicinischen Klin.* Berlin, 1832.

de la fièvre ou suette miliaire comme maladie bien déterminée et méritant une place particulière dans le cadre nosologique.

Pronostic. — Le pronostic de la suette miliaire ne doit être porté qu'avec beaucoup de réserve. Il arrive, en effet, quelquefois que l'affection, commençant sous les apparences les plus bénignes, s'aggrave tout à coup et devient en peu de jours, parfois en peu d'heures, mortelle. La grande intensité de la fièvre au début, l'excessive abondance des sueurs, la très grande anxiété, la terreur des malades, sont des signes qui doivent faire redouter une terminaison funeste. Du reste, l'affection a un degré de gravité très variable, suivant les épidémies, bien que ce degré soit toujours assez élevé. On a vu souvent des épidémies d'une violence extrême.

Quelle est la part du traitement dans la mortalité? C'est ce que j'ai tâché de déterminer plus haut, en parlant de la terminaison. J'ajoute que M. Bourgeois n'a jamais vu la maladie causer la mort, ce qui prouve la grande influence d'un traitement simple comme celui qu'il a employé.

§ VIII. — Traitement.

Au milieu d'épidémies ordinairement meurtrières, les médecins ne se sont pas souvent trouvés dans des conditions très favorables pour bien étudier l'influence du traitement; du moins n'avons-nous sur ce point qu'un petit nombre de données vraiment utiles : c'est ce qui expliquera le peu d'étendue de ce paragraphe.

Émissions sanguines. — Les opinions sont très partagées sur l'utilité des émissions sanguines et sur le degré de cette utilité. M. Rayer a constaté que la *saignée générale*, pratiquée avec modération, était utile pour calmer le mouvement fébrile; que les *sangsues* aux pieds apaisaient la céphalalgie, et qu'en les appliquant à l'épigastre on calmait la constriction épigastrique. Ce dernier résultat a été pleinement confirmé par les observations de MM. Barthez, Guéneau et Landouzy (1).

M. Robert affirme que jamais la saignée générale n'a été utile; qu'elle est, au contraire, presque toujours nuisible, et que l'application d'un petit nombre de sangsues à l'anus, ou de quelques *ventouses scarifiées* à la nuque, a eu seule quelques avantages. Il se peut que, dans les localités où il a observé, il en ait été ainsi; mais les faits qu'il a recueillis ne peuvent infirmer ceux qui ont été vus par les médecins que je viens de citer.

Un point sur lequel tous les auteurs sont d'accord, c'est que les saignées trop abondantes et trop multipliées ont des effets funestes; qu'elles produisent des troubles nerveux très intenses, et jettent les malades dans une prostration des plus fâcheuses. Gastelier seul vantait les bons effets des émissions sanguines un peu abondantes : mais il reconnaissait qu'elles n'étaient indiquées que dans un petit nombre de cas.

Vomitifs, purgatifs. — Suivant M. Rayer, les vomitifs et les purgatifs doivent être proscrits du traitement de la suette miliaire; cependant Gastelier préconisait les bons effets du *tartre stibié* donné au début de la maladie, et MM. Barthez, Guéneau et Landouzy n'ont pas trouvé que les purgatifs eussent des inconvénients réels. On administre ces derniers pour combattre la constipation. On voit que, en

(1) *Loc. cit.*, p. 675.

l'absence de documents plus précis, il est impossible de se prononcer sur la valeur de ces moyens.

M. Foucart, dans la dernière épidémie, a administré l'*ipécacuanha* avec succès dans les cas où la langue était saburrale, et où il y avait des signes d'embarras des premières voies.

Antispasmodiques. — Dans une affection où l'on observe des phénomènes nerveux si intenses, on a dû naturellement avoir recours aux antispasmodiques. L'*éther*, le *sirop d'éther*, le *musc*, le *castoréum*, ont été employés. Ils paraissent, dans certains cas, avoir calmé la constriction épigastrique, mais on ne connaît pas le degré de leur efficacité.

Narcotiques.—Parmi les narcotiques, l'*opium* a été principalement mis en usage. On l'a réuni aux antispasmodiques pour calmer la constriction épigastrique, et cette médication a constamment réussi dans l'épidémie observée par MM. Barthez, Guéneau et Landouzy. Des *lavements laudanisés* sont utiles dans les cas de diarrhée.

Révulsifs. — Des *vésicatoires*, des *sinapismes*, sont généralement appliqués à l'épigastre pour faire cesser la douleur et la constriction. M. Robert a employé les frictions sur la poitrine, l'épigastre, l'abdomen et la partie interne des cuisses, avec la pommade suivante :

℞ Axonge................	6 gram.	Huile de croton-tiglium.......	2 gram.
Tartre stibié...........	4 gram.		

Mêlez. Faites des frictions toutes les trois heures jusqu'à ce que les parties soient couvertes de pustules.

Il faudrait être plus sûr que nous ne le sommes de la grande efficacité de ce moyen pour le conseiller, car il est très douloureux, surtout appliqué sur une aussi grande étendue. Il est à désirer que M. Robert nous donne le détail des faits qui l'ont engagé à mettre en usage une semblable médication.

Dans la dernière épidémie, les vésicatoires, ou seulement les sinapismes, ont suffi pour triompher de la suffocation.

On a proposé d'administrer les *excitants diffusibles* et les *sudorifiques;* mais cette médication n'étant appuyée sur aucune preuve convaincante, et étant contraire à la manière de voir de presque tous les auteurs, je n'y insisterai pas.

M. Parrot a donné le *nitrate de potasse à haute dose*, dans le but de modérer les sueurs en excitant la sécrétion urinaire. Rien ne prouve qu'il ait réussi.

Les *toniques*, et en particulier le *quinquina*, sont administrés dans les cas de grande faiblesse, lorsque des sueurs très abondantes ont jeté le malade dans le collapsus. Tous les auteurs s'accordent à vanter les bons effets de ces moyens dans les circonstances que je viens d'indiquer.

Les docteurs Schal et Hessert (1) rapportent que dans l'épidémie du Bas-Rhin, en 1812, on eut recours avec succès aux *lotions froides* sur la surface du corps, dans les cas où, après la saignée, la peau devenait sèche et brûlante. Ce moyen n'a pas été mis en usage depuis.

Sulfate de quinine. — Lorsque la *forme rémittente* existe, ou lorsqu'on a lieu

(1) *Précis histor. et prat. sur la fièvre miliaire*, etc. Strasbourg, 1813.

la soupçonner, car, ainsi qu'on l'a vu plus haut, il est parfois difficile de s'assurer son existence, on ne doit pas hésiter à donner le sulfate de quinine à dose éle- : *un gramme au moins par jour*, dans une potion ou en pilules. M. A. Robert éussi à enrayer la maladie en administrant ce sel à la dose de 1 à 2 grammes s une potion, et de 2 à 4 grammes dans un lavement. M. Parrot (1) a cité des ts semblables; cependant il n'a obtenu ce résultat que dans un nombre limité cas de fièvre rémittente miliaire. Dans les autres, les accès devenaient plus ou oins promptement moins forts et moins longs; mais la maladie ne se terminait s brusquement, comme une fièvre intermittente *coupée*. M. le docteur Tauflieb, ant observé la suette miliaire épidémique dans les Vosges, a vu fréquemment des cès *ayant de l'analogie avec ceux de la fièvre intermittente* se produire dans tte maladie. Les cas dans lesquels il en est ainsi sont les plus graves; il conseille e les traiter par le *sulfate de quinine* à la dose de 0,60 grammes à 1 gramme (2). e médicament a paru également fort utile dans la dernière épidémie observée ans le département de l'Hérault (3).

TRAITEMENT HYGIÉNIQUE OU SOINS GÉNÉRAUX.

On voit que, sauf ce dernier moyen, qui n'est applicable qu'à un certain nom- re de cas, les diverses médications dirigées contre la suette miliaire n'ont qu'une fficacité limitée et ne s'adressent qu'à des symptômes isolés; aussi tous les méde- ins ont-ils recommandé très vivement les soins hygiéniques donnés aux malades, t leur ont-ils accordé une importance très grande, comme dans d'autres maladies lont je parlerai plus loin et contre lesquelles les agents thérapeutiques ont très eu d'action.

Autrefois on croyait qu'il fallait provoquer les sueurs et favoriser ainsi l'effort pparent de la nature. Pour cela, tout en administrant des boissons sudorifiques haudes, et en grande abondance, on maintenait le malade sous d'épaisses couver- res, et l'on entretenait dans la chambre une température élevée. Il résulte des bservations faites dans les dernières épidémies, et dans quelques-unes des siècles erniers, que c'est là une pratique funeste. La sueur n'est déjà que trop abondante, l'on doit, au contraire, chercher à la modérer, tout en évitant une suppression usque. La chambre du malade sera donc, autant que possible, vaste, facile à rer, et maintenue à une température modérée, plutôt fraîche que chaude. Les alades seront fréquemment changés de linge; on entretiendra autour d'eux la us grande propreté; on leur donnera des boissons fraîches et acidules, au lieu de issons excitantes et chaudes. On tâchera, par tous les moyens possibles, de leur spirer de la confiance et d'éloigner d'eux les sentiments de terreur qui s'emparent souvent de leur esprit. D'un autre côté, on évitera avec soin tout refroidissement bit. Ces moyens bien simples ont une influence incontestable sur l'heureuse issue la maladie, puisque les auteurs ont noté que la mortalité est surtout considé- ble chez les individus qui en sont privés.

Résumé. — Nous pouvons dire d'une manière générale que le traitement de la

(1) *Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1843, t. X, p. 363.
(2) *Bulletin gén. de thérap.*, mai 1849.
(3) *Revue thérap. du Midi*, et *Gazette méd. de Toulouse*, juin 1851.

suette miliaire se compose, d'une part, de moyens propres à combattre isolément chaque symptôme, et, de l'autre, de soins hygiéniques donnés aux malades. Ainsi la céphalalgie est combattue par les émissions sanguines, locales ou générales; l'épigastralgie, par les sangsues, les antispasmodiques, l'opium; la constipation, par de légers laxatifs ou des lavements émollients; le délire, l'agitation, par les calmants et les antispasmodiques; la chaleur sèche et âcre de la peau, qui se montre dans quelques cas, par les lotions froides. La seule forme rémittente a été traitée par un médicament s'adressant à la maladie elle-même : le sulfate de quinine.

Il résulte de là, par conséquent, que, pour suivre la médication la plus généralement recommandée et qui doit être regardée comme la plus utile, jusqu'à ce que l'on ait trouvé des remèdes agissant plus directement sur cette affection, il suffit d'associer ces moyens partiels, si l'on peut s'exprimer ainsi, aux précautions hygiéniques dont les malades doivent être entourés et que j'ai mentionnées plus haut. N'oublions pas aussi que les faits observés dans la dernière épidémie ont prouvé qu'une médication très simple, consistant principalement dans des *boissons délayantes* et *rafraîchissantes*, des soins de propreté, et l'attention de ne pas accabler les malades de couvertures, mais au contraire de les rafraîchir avec prudence, produit les plus heureux résultats. C'est ce qui résulte en particulier des faits observés par M. Bourgeois. .

CHAPITRE III.

FIÈVRES INTERMITTENTES.

ARTICLE Ier.

FIÈVRE INTERMITTENTE SIMPLE.

La fièvre intermittente est une des affections les plus importantes que le médecin ait à étudier. Elle règne, en effet, endémiquement dans certaines contrées où elle exerce de grands ravages, et il n'est pas de localité où elle ne se montre parfois avec des caractères très graves.

La fièvre intermittente a dû fixer l'attention des médecins dès la plus haute antiquité; cependant il y a beaucoup de vague dans les passages d'Hippocrate que l'on peut rapporter aux diverses variétés de cette maladie. Celse et Galien donnent des descriptions meilleures, et ce point de pathologie a fait après eux des progrès continuels; mais il faut arriver à Morton (1) et à Torti (2) pour avoir une bonne description de la maladie dans ses variétés les plus malignes, et aussi du traitement qui lui convient. Après eux, un grand nombre d'auteurs ont écrit sur les fièvres intermittentes. Dans ces dernières années, les recherches les plus intéressantes sont dues à MM. Nepple (3), Bailly, Maillot (4), Espanet (5),

(1) *Opera medica* : *Pyret.* Lugduni, 1737.

(2) *Therap. spec. ad. febres periodicas perniciosas*, nova editio. Leodii, 1821, 2 vol.

(3) *Essai sur les fièvres intermittentes*, etc. Paris, 1828.

(4) *Rech. sur les fièvres intermitt. du nord de l'Afrique*. Paris, 1835. — *Traité des fièvres intermitt., d'après des observ. recueillies en France, en Corse et en Afrique*. Paris, 1836.

(5) *Des maladies endémiques de l'Algérie* (*Journ. des conn. méd.-chir.*, septembre, octobre et novembre 1849).

udin (1), F. Jacquot (2), et quelques autres auteurs que je mentionnerai plus n.

Pour bien étudier la fièvre intermittente, il faut passer successivement en revue fièvre *intermittente simple* ou *régulière*, les *fièvres pernicieuses*, la *fièvre udo-continue*, les *fièvres larvées*, et la *fièvre bilieuse grave*, ou *rémittente*. Dans les descriptions qui vont suivre, je m'efforcerai surtout de simplifier l'hisre de la fièvre intermittente, que la multiplicité des divisions a rendue très comquée ; c'est pourquoi je ne m'attacherai qu'aux détails les plus importants, me rnant à signaler seulement la multitude des distinctions scolastiques.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La fièvre intermittente simple est une fièvre essentielle caractérisée par des acs dans lesquels un mouvement fébrile à marche particulière se montre avec une us ou moins grande violence, et qui sont séparés les uns des autres par des inrvalles où l'apyrexie est complète. Cette fièvre intermittente est le type qu'il imorte principalement d'étudier, parce que, pour tracer la description des autres pèces, il suffira ensuite de dire en quoi elles diffèrent de celle-là.

On a décrit cette affection sous les noms de *fièvre d'accès*, *fièvre paludéenne*, *aludique*, *fièvre des marais*, *périodique*, etc ; et l'on dit d'un malade qui en est tteint, qu'il *a les fièvres*. Sa grande fréquence, surtout dans certaines localités, st bien connue de tout le monde.

§ II. — Causes.

Il y aura probablement toujours quelque chose qui sera inexplicable dans la roduction de la fièvre intermittente ; mais nous connaissons les circonstances apitales dans lesquelles se développe la maladie, et ce sont ces circonstances qu'il agit d'exposer.

1° Causes prédisposantes.

Nous n'avons que des documents très peu précis sur les causes prédisposantes. out ce que nous savons, c'est que cette maladie attaque tous les *âges*, tous les *xes*, toutes les *constitutions*. Trop de faits parlent contre l'antagonisme entre la vre typhoïde, la phthisie et la fièvre intermittente pour qu'on puisse partager pinion de M. Boudin sur ce point.

C'est principalement au printemps et à l'automne qu'on voit apparaître les fièvres termittentes. Les premières (*vernales*) sont en général plus bénignes que les derères (*automnales*). Les sujets affectés antérieurement de fièvre intermittente sont aucoup plus exposés que les autres à contracter cette maladie, et assez souvent ez eux elle se développe spontanément.

On admet que les *excès* de tout genre, les *chagrins*, les *émotions morales* pénis, prédisposent à la fièvre intermittente ; mais les recherches sur ce point manent de précision.

(1) *Traité des fièvres intermittentes*. Paris, 1842. — *Traité de géographie médicale*, Paris, 57, t. II, p. 514.

(2) *Des fièvres endémo-épidémiques dites intermittentes* (*Annales d'hygiène publique*, série, 1854-1855, t. II ; 1857-1858, t. VIII et IX).

2° Causes occasionnelles.

La première, sans contredit, de toutes ces causes, est l'*influence miasmatique des marais*. On a admis qu'il se dégage des marais des exhalaisons auxquelles on donne le nom de *miasmes* ou d'*effluves miasmatiques*, exhalaisons qui produisent la fièvre. Ces exhalaisons n'ont pu être démontrées directement; on les attribue à la putréfaction particulière des matières végétales dans les marécages.

Ce qu'il y a de certain, c'est que le séjour à une certaine distance d'un marais, d'un étang vidé, des endroits où l'ont fait rouir le chanvre, de toute eau stagnante, et dans laquelle la putréfaction végétale a lieu, occasionne d'une matière évidente la fièvre intermittente.

Les conditions dans lesquelles cette cause agit le plus puissamment sont l'exposition à l'air marécageux sans aucun intermédiaire, tel qu'une colline, un bois, etc., le séjour ou le passage dans cet air la nuit, la situation sous le vent des marais; en un mot, toutes les conditions qui exposent directement aux effluves miasmatiques.

C'est surtout dans les *pays chauds*, marécageux et humides, que se produisent le plus facilement les fièvres intermittentes.

On a cité des cas de fièvre intermittente dans des pays secs et arides; mais ces cas sont rares et exceptionnels. D'un autre côté, on a admis la possibilité de l'action exclusive de l'*humidité*. Il est certain que la fièvre intermittente est assez fréquente dans des localités qui n'ont d'autre particularité, pour expliquer sa production, que d'être traversées par un cours d'eau, sans aucun marécage; mais on peut admettre qu'à certaines époques de l'année où les eaux deviennent basses, les bords des rivières prennent, jusqu'à un certain point, les caractères des marais.

D'un autre côté, il n'est pas douteux que des fièvres intermittentes se développent dans des lieux où l'on ne peut en accuser ni les cours d'eau ni les marais. Il arrive quelquefois alors qu'on trouve dans les lieux avoisinants des flaques d'eau stagnante, des matières végétales en putréfaction, du bois humide, etc., et ces circonstances peuvent encore paraître la cause de la maladie; mais il est des cas aussi où l'on ne trouve rien de semblable.

Une explication ingénieuse et très plausible d'un bon nombre de faits a été donnée par M. Bérenguier (de Rabastens) (1). Ce médecin attribue la fièvre à des *émanations telluriques* d'une nature analogue aux émanations marécageuses *qui se dégagent des terrains cultivés* dans lesquels des matières végétales sont en putréfaction, et qui sont exposés à être alternativement secs et humides. C'est surtout dans les terrains argileux que ces conditions se présentent. Or la fièvre intermittente peut être endémique dans les contrées où le terrain est de cette nature, ainsi qu'on l'observe à Rabastens, où pratique l'auteur, et cela sans qu'il y ait le moindre marais dans le pays.

Les fièvres intermittentes qui se produisent ainsi, en dehors de l'influence marécageuse, sont généralement bénignes; mais il en est quelques-unes d'intenses; pour

(1) *Topographie physique, statistique et médicale du canton de Rabastens (Tarn)*. Toulouse, 1850.

ma part, j'ai vu une fièvre pernicieuse chez un sujet habitant auprès du jardin du Luxembourg, et qui n'avait jamais eu d'accès de fièvre et n'avait jamais séjourné dans un pays marécageux.

[On consultera avec fruit les recherches de F. Jacquot (1) sur les conditions formatrices des effluves paludiques. Selon cet auteur ces effluves se développent le plus ordinairement dans les marais *effectifs* ou *marais types;* mais elles peuvent aussi se former hors des contrées marécageuses, pourvu qu'il existe des conditions paludiques, c'est-à-dire un terrain perméable à l'eau, de l'eau et des produits végétaux en voie de décomposition. Or, c'est ce qui se rencontre dans les terrains sablonneux et légers, à la suite des pluies de printemps et d'automne et sous l'influence d'une température élevée; c'est ce qui peut être observé aussi dans les contrées non paludéennes, mais dont le sol peut recevoir par infiltration l'eau des fleuves, de la mer, etc. Il y a quelques années on a constaté, à Paris même, où les fièvres intermittentes ne se montrent presque jamais primitivement, une influence de cette nature : lors des fouilles profondes exécutées au milieu de l'été, pour la création de la rue de Rivoli, des fièvres intermittentes assez nombreuses se sont développées; or, on avait remué un terrain sablonneux humide, infiltré par les eaux de la Seine et par des sources nombreuses.]

M. le docteur Ébrard (2), qui a étudié avec soin la fièvre intermittente *chez les enfants*, a cité des faits qui tendent à prouver que *cette fièvre peut se transmettre de la nourrice à l'enfant!*

Il survient parfois des accès de fièvre intermittente chez des sujets affectés d'une autre maladie, ou qui sont soumis à certaines opérations. C'est là la *fièvre intermittente symptomatique* que j'indique ici parce que, bien que se produisant sous l'influence d'autres états morbides, elle conserve ordinairement un remarquable caractère de simplicité. Chez les *phthisiques*, on observe parfois de véritables accès périodiques, et la même observation a été faite, quoique beaucoup plus rarement, dans d'autres affections chroniques. Mais c'est surtout dans les opérations faites sur les voies urinaires (*cathétérisme*, *lithotritie*), que l'on voit apparaître des accès intermittents. On a dit que ces fièvres ne peuvent pas être rapprochées des fièvres intermittentes produites par les effluves marécageux, parce qu'elles ne cèdent pas au quinquina; mais c'est une erreur : chez les phthisiques, par exemple, nous voyons des accès fébriles périodiques être parfaitement coupés par le sulfate de quinine.

Le docteur E. Cazenave (3) cite quatre observations de *manie aiguë* qui se sont terminées par des accès de fièvre intermittente.

3° Conditions organiques; causes de l'intermittence.

Dès la plus haute antiquité, on a remarqué l'*intumescence* de la rate dans la fièvre intermittente. On la trouve indiquée dans les écrits d'Hippocrate. Ceux qui, dans les siècles derniers, en ont fait spécialement mention sont Fernel, Baillou,

(1) *Des fièvres endémo-épidémiques dites intermittentes* (*Annales d'hygiène publique*, 2e série, 1854-1855, t. II, III ; 1857, 1858, t. VII et IX).
(2) *De la fièvre intermittente chez les enfants*, etc. (*Union méd.*, 8 et 13 janvier 1848).
(3) *Union médicale*, 20 janvier 1852.

Lancisi, Hoffmann, Morgagni, Sénac, Lieutaud, etc.; mais c'est seulement il y a cinquante ans qu'on a donné une très grande importance à cet état de la rate. M. Audouard (1) attribua le premier à la congestion sanguine de la rate les accès périodiques de la fièvre intermittente, et depuis, en 1812, 1823 et 1847 (2), il a développé cette théorie. Pour lui, la cause de la fièvre intermittente est dans l'altération du sang produite par l'influence marécageuse; mais la cause déterminante des accès est l'intumescence de la rate. Aussi a-t-il donné aux fièvres intermittentes le nom de *spléniques*.

Plus tard M. Piorry (3) a repris ces idées et cherché à établir que la congestion de la rate est la lésion essentielle de la fièvre intermittente, et que la maladie se produit sous son influence.

Récemment M. Durand (de Lunel) (4) a non-seulement défendu cette opinion, mais expliqué, par l'afflux du sang pendant la nuit vers la rate, l'apyrexie, et, par le transport de ce sang corrompu dans le torrent circulatoire pendant la chaleur du jour, les accès de fièvre. Il a, en effet, noté, dans un grand nombre de cas, l'augmentation de la rate le matin et sa grande diminution dans la journée.

D'un autre côté, MM. les docteurs Félix Jacquot et Sonrier (5) ont cité des faits qui prouvent que l'*engorgement de la rate est une conséquence des fièvres paludéennes, et n'est pas la cause des accès*, et M. le docteur Lachaise (6), ayant examiné plus de 500 malades atteints de la fièvre en Sologne, s'est convaincu que le gonflement de la rate n'est pas le point de départ de la fièvre intermittente.

Enfin M. le docteur Rochard (7), qui a observé à Madagascar, a pu voir chez 22 malades, qui succombèrent rapidement sans avoir pris de sulfate de quinine, la rate parfois diminuée; dans quelques cas à son volume normal, et dans un cas réduite à la grosseur d'un marron.

Je ne peux pas entrer ici dans une longue discussion à cet égard. Je dirai seulement que, de l'aveu même des auteurs qui accordent une aussi grande importance à l'intumescence de la rate, cette intumescence n'est pas constante. Or peut-on regarder une lésion comme essentielle, quand elle n'est pas constante? En second lieu, j'ai cité des faits (8) qui prouvent que l'on peut couper complétement la fièvre intermittente sans que le gonflement de la rate présente la moindre diminution. Enfin, pour ce qui concerne la théorie de M. Durand, je dirai que, ayant examiné des malades le matin et dans la journée, je n'ai pas trouvé de différence sensible dans le volume de l'organe. Les variations observées par cet auteur ne sont donc pas constantes. De tout cela il faut conclure que l'intumescence de la rate, qui est un fait très remarquable dans la fièvre intermittente, ne peut pas néanmoins être

(1) *Ann. de la Soc. méd. prat.*, 1808.
(2) *De la périod. des fièvres intermitt. et des causes qui la produisent.* Paris, 1847.—*Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. XII, p. 278 et suiv.
(3) *Mém. sur l'état de la rate dans les fièvres intermitt.* (*Gazette méd.*, 1833). — *Traité de méd. prat.* Paris, 1845, t. VI.
(4) *Nouv. théor. des fièvres intermitt.* (*Gazette méd.*, 1847).
(5) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 11 juillet 1848, t. XIII, p. 1170.
(6) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1850, t. XV, p. 345.
(7) *Union médicale*, 10 février 1852.
(8) *De l'action immédiate du sulfate de quinine*, etc. (*Union méd.*, août 1847).

considérée comme la condition organique essentielle de la production de cette fièvre, mais seulement comme une conséquence des accès.

On vient de voir que l'explication de l'intermittence donnée par M. Durand ne peut s'appliquer à tous les cas. Faut-il maintenant entrer dans de grands détails sur les explications données par les autres auteurs? Je ne le pense pas. La concentration du sang vers les viscères, pendant l'apyrexie, devenant plus grande pendant le frisson, puis son expansion dans le stade de chaleur, sont des faits contestables, et qui, d'ailleurs, n'expliquent rien. Le passage de la station horizontale à la station verticale, lorsque les malades se lèvent le matin, n'a pas plus de valeur. Je ne multiplie pas ces citations, parce qu'aujourd'hui tout le monde reconnaît que ce retour périodique des accès est un phénomène inexpliqué et peut-être pour toujours inexplicable.

§ III. — Symptômes.

Presque toujours la fièvre intermittente débute brusquement sans symptômes précurseurs. Dans quelques cas l'invasion de l'accès est précédée d'une céphalalgie ordinairement médiocre, de pandiculations, de malaise, d'un peu de somnolence, d'abattement, etc.

Accès. — L'accès, lorsqu'il est complet et régulier, se divise en trois périodes distinctes auxquelles on a donné le nom de *stades*. Le premier est le *stade de froid*; le second, le *stade de chaleur*; le troisième, le *stade de sueur*.

1° *Stade de froid.* — Dans le plus grand nombre des cas, il y a un véritable *frisson*, qui, commençant ordinairement dans les lombes et parcourant la colonne vertébrale, se porte ensuite vers les membres dont les extrémités éprouvent une sensation de froid plus ou moins vive. Dans quelques cas, ce frisson est tellement intense, que les dents claquent, et que les membres et le tronc sont agités de secousses rapides qui ébranlent le lit ou le siége sur lequel repose le malade. Dans d'autres cas, au contraire, il n'y a que quelques *horripilations*.

Pendant le frisson, les *extrémités* deviennent froides, pâles ou même légèrement bleuâtres. Il en est de même de la face. Le froid est surtout sensible au nez et aux oreilles.

Dans les cas les plus intenses, la *face* est plombée, les yeux sont caves et cernés, le regard fixe.

La *peau* du tronc et des membres présente cet état qu'on a nommé *chair de poule*, et qui résulte de la rigidité des papilles.

Quelquefois le froid qu'éprouve le malade est si grand, qu'il rapproche les membres du tronc et se pelotonne sous les couvertures pour se réchauffer. Dans quelques cas, une seule partie du corps éprouve cette sensation de froid; ce sont souvent les lombes, parfois les extrémités. Les cas de ce genre sont assez rares.

La sensation de froid éprouvée par le malade est ordinairement vive; mais les expériences de Dehaen, et récemment celles de M. Gavarret (1), prouvent que cette sensation est due à une perversion de la sensibilité; car le thermomètre placé dans l'aisselle donne pendant la période de froid une augmentation de 2 à 4 degrés sur la température normale du corps. Cependant il faut dire que la main appliquée sur le corps du malade perçoit aussi cette sensation de froid.

(1) *Rech. sur la températ. du corps* (*Journ. l'Expérience*, 1839).

Pendant ce stade, les malades ressentent quelques douleurs. Les plus importantes à noter sont celles qui se font sentir dans l'hypochondre gauche et qui coïncident ordinairement avec l'intumescence de la rate. M. Louis (1) les a trouvées dans un assez grand nombre de cas. Elles ont lieu ordinairement dès le début de la maladie. Quelquefois la douleur se fait sentir dans les autres points de l'abdomen, et chez un certain nombre de sujets, il y a des douleurs contusives dans les membres, un brisement comme dans la courbature, une constriction marquée à l'épigastre. Une *céphalalgie* d'une intensité variable est, parmi les symptômes, un de ceux qui, après le frisson, arrachent le plus de plaintes aux malades.

Quelquefois, ainsi que l'a fait remarquer M. Nepple, les malades éprouvent un besoin de manger au commencement de ce stade; plus souvent il y a *anorexie;* la *langue* est humide, parfois bleuâtre. La soif est ordinairement vive. On observe parfois, dans cette période, des *vomissements* alimentaires ou bilieux, mais pas plus fréquemment que dans la période de chaleur. Les *urines* sont transparentes, incolores, peu abondantes.

Quelques malades éprouvent une oppression assez vive; quelques-uns ont une *toux* sèche fréquente, et l'on a cité des cas dans lesquels quelques bulles de râle sous-crépitant se font entendre dans la poitrine. J'en ai vu un exemple remarquable. Quelques-uns aussi éprouvent de la cardialgie et des *palpitations*, phénomènes qui s'accompagnent ordinairement d'une plus ou moins grande anxiété. Le *pouls* est accéléré, peu développé, sans irrégularité. La *peau* présente, outre sa rugosité, une sécheresse plus ou moins grande.

M. Ebrard (2) a constaté, contrairement aux assertions de quelques auteurs, que *le stade de froid se montre chez les enfants*, qui ont la peau froide, les lèvres, les ongles, les paupières bleuâtres, les traits grippés, etc. Pendant ce stade aussi, il survient parfois des *convulsions* qui peuvent être promptement funestes. J'en ai observé deux exemples.

2° *Stade de chaleur.*—Après une durée que je ferai connaître plus loin, la période de froid cesse et la chaleur commence, faible d'abord, puis de plus en plus intense. Elle devient, dans un certain nombre de cas, âcre et brûlante. Les recherches de M. Gavarret ont encore prouvé que cette augmentation de température est beaucoup moins considérable que ne le pensent les malades; elle n'est, en effet, que d'un degré supérieur à celle que l'on constate dans la période de froid.

Pendant ce stade, la céphalalgie persiste, ou même augmente. Il en est de même de la soif. On observe parfois quelques vomissements bilieux; mais les douleurs du tronc et des membres se dissipent ordinairement.

La *face* devient rouge et animée; les yeux sont brillants, parfois sensibles à la lumière. La face, ainsi que le reste du corps, paraît un peu tuméfiée.

Le *pouls* s'élève, devient plus large, tout en conservant sa fréquence. La *respiration* paraît moins gênée. Les *urines* sont rouges; quelquefois leur émission fait éprouver un sentiment de cuisson dans le canal de l'urètre.

Pendant tout ce stade, l'*anxiété* persiste; les malades cherchent dans le lit des places fraîches et une position commode qu'ils ne trouvent pas; parfois, au contraire, il y a un peu de somnolence.

(1) *Rech. sur la fièvre typhoïde*, 2ᵉ édit., t. II, p. 161.
(2) *Loc. cit.*

ade de sueur. — Le stade de sueur commence par une sensation générale x être ; la céphalalgie n'est plus ordinairement qu'une lourdeur de tête, it la peau, jusque-là sèche et aride, commence à s'humecter. C'est générapar la tête que commence la sueur, puis elle se montre au tronc et ensuite nbres.

ant que la sueur s'établit ainsi, tous les symptômes s'amendent; le *pouls*, iculier, perd de sa force et de sa fréquence, et il devient souple, facile à r.

est pas rare de voir des sujets s'endormir alors d'un profond sommeil, reiller au bout d'un certain temps complétement délivrés de leur accès. ndance de la *sueur* est très variable. On voit, en effet, des sujets qu'il faut trois ou quatre fois de linge ; d'autres qui pénètrent complétement leur 'autres, au contraire, dont il est à peine nécessaire de changer le linge une is.

valle des accès. — Dans quelques cas, et surtout lorsque l'intervalle des t long, comme dans les fièvres tierces ou dans les fièvres quartes, au mouvebrile qui vient d'être décrit succède non-seulement une apyrexie complète, icore un parfait état de santé, de telle sorte qu'après le premier accès, le peut se croire complétement guéri. Mais, le plus souvent, il reste du malaise, igueur, un peu de céphalalgie. L'appétit est diminué, la langue reste blanche u pâteuse, les selles sont difficiles. Lorsqu'il y a eu un certain nombre d'accès, reste gonflée et parfois un peu douloureuse.

ques de la journée où surviennent les accès. — Il est aujourd'hui reconnu e peut rien dire de positif sur l'heure de l'apparition des accès ; il est, par ient, inutile de répéter les assertions qu'on a émises sur ce point. Tout ce t permis d'affirmer, c'est que, dans l'immense majorité des cas, les accès ncent dans le courant de la journée.

re intermittente des enfants. — Suivant M. Schmitz-Zer (1), la fièvre interc, lorsqu'elle se développe chez des enfants très jeunes, présente des modificaiportantes. Elle ne se rencontre que dans la classe la plus pauvre, dont les its humides et insalubres et la mauvaise alimentation semblent être la e la maladie. Cette fièvre des enfants affecte constamment le type quotidien, ontre par paroxysmes réguliers, que séparent des intervalles d'apyrexie plus is complète. Pendant les accès, les enfants s'agitent, se refroidissent, pâlispouls devient fréquent, petit et concentré ; il y a souvent du tremblement, s de frisson intense ; après un quart d'heure ou une demi-heure, jamais d, le stade de chaleur s'établit de la même manière que chez les adultes ; une heure à une heure et demie, puis les enfants s'endorment et entrent r. Au réveil, ils paraissent être fatigués, mais se sentent assez bien. L'inter-, qui dure jusqu'au lendemain, quoique un peu moins nette que chez les est cependant évidente.

maladie se prolonge pendant quelque temps, les enfants maigrissent consiment ; leur facies est pâle et cachectique ; la peau du visage devient d'un ile ; le ventre se ballonne ; le foie se tuméfie, la rate jamais.

urn. *für Kinderkrankheiten*, t. XI.

M. le docteur Guiet (1) a résumé ainsi qu'il suit les caractères de la fièvre intermittente simple chez les enfants à la mamelle :

« Invasion subite ; type quotidien ; irrégularité des accès ; absence presque complète des stades de froid et de sueur ; stade de chaleur exagérée ; apyrexie bien manifeste. Voici, d'après les observations de ce praticien, ce qui se passe presque toujours en pareil cas : L'enfant, qui était fort gai, devient tout à coup triste et maussade ; il s'impressionne facilement, et la moindre cause provoque des larmes ; il refuse le sein ou le biberon. Une certaine pâleur se répand sur son visage ; ses mains et ses pieds se refroidissent ; il lui vient de fréquents bâillements : quelquefois, au début, ce sont des vomissements de matières glaireuses ou bilieuses. Chez d'autres, c'est un mal de tête violent, et l'on voit alors l'enfant porter fréquemment ses mains à la tête ; parfois c'est un poumon qui se congestionne, et une toux sèche et fatigante, accompagnée quelquefois de vomissements, marque le début de l'accès ; d'autres fois il survient de la diarrhée. Bientôt la peau devient brûlante et sèche ; cette chaleur se répand aux muqueuses ; l'enfant est abattu et présente des alternatives de somnolence et d'agitation convulsive. Cet état dure plus ou moins longtemps ; puis enfin cette tension disparaît, la peau s'assouplit, une légère moiteur y apparaît. Tout rentre dans l'ordre ; l'enfant se calme, il sourit, reprend le sein jusqu'à ce qu'un nouvel accès vienne reproduire de semblables phénomènes. »

M. le docteur Sémanas (2) a observé à Alger la *fièvre intermittente pernicieuse chez les enfants à la mamelle*, et il a vu cette fièvre revêtir la forme des affections les plus communes à la première enfance.

On a vu plus haut les remarques de M. Ébrard au sujet de la fièvre intermittente des enfants. J'en ai moi-même (3) vérifié l'exactitude.

Complications. — M. le docteur Véret (4) a rapporté trois cas dans lesquels l'*albuminurie* a compliqué la fièvre intermittente. Cet auteur attribue la complication à une simple congestion des reins pendant les accès. Si la fièvre est de longue durée, cette congestion peut se terminer par des lésions plus profondes.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie ; types, récidives.

Nous venons de voir que la marche de la maladie consiste dans une alternative d'accès fébriles et d'apyrexie ; les époques plus ou moins éloignées auxquelles se produisent ces accès constituent les types de la fièvre intermittente. Les principaux parmi ces types, et les seuls qui méritent d'être notés avec grand soin, sont : 1° le *type quotidien*, 2° le *type tierce*, 3° le *type quarte*.

Dans le *type quotidien*, les accès ont lieu tous les jours à la même heure, ou à très peu près à la même heure ; ils se ressemblent sous le rapport de leur durée et de leur intensité. Quelquefois, au lieu d'un seul accès, il y a deux accès par jour : on dit alors que la fièvre est *double-quotidienne*. Enfin il peut arriver qu'il y ait

(1) *Gazette méd. de Paris*, août 1850.

(2) *De la fièvre pernicieuse chez les enfants à la mamelle*, 1848.

(3) *Consider. sur la fièvre intermitt. chez les jeunes enfants* (*Union méd.*, 10 et 12 octobre 1848).

(4) *Quelques observ. de fièvres intermitt. avec albuminurie* (*Arch. gén. de méd*, décembre 1847).

un plus grand nombre d'accès dans les vingt-quatre heures; il est très important de connaître ce fait, qui a été mis hors de doute par M. Mêlier, dans un travail très intéressant; car ces accès multiples sont fort courts, ne consistent souvent qu'en un sentiment rapide de chaleur suivi de sueur, et peuvent facilement être méconnus. M. Mêlier a donné à cette fièvre le nom de *fièvre intermittente à courtes périodes* (1).

Dans le *type tierce*, l'accès se reproduit tous les deux jours. On observe quelquefois des accès de fièvre *double-tierce*. En pareil cas, il y a un accès tous les jours; mais le troisième ressemble au premier, le quatrième au second, et ainsi de suite.

Dans le *type quarte*, l'accès a lieu tous les trois jours (2), de sorte qu'il y a entre deux accès deux jours d'apyrexie. On a cité quelques exemples de fièvre *double-quarte*, dans lesquels il y a, le premier et le deuxième jour, un accès; puis, le troisième jour, apyrexie; le quatrième et le cinquième jour, un accès; le sixième jour, apyrexie, et ainsi de suite.

Voilà les principaux types à étudier, et encore faut-il remarquer que les fièvres double-quotidienne, double-tierce et double-quarte sont loin d'être fréquentes. Il me reste maintenant à indiquer quelques autres types tellement rares qu'on peut les regarder comme de véritables exceptions : ce sont les *tierces doublées* (tous les deux jours deux accès); les *quartes triplées* (*idem*, tous les trois jours); la *triple-quarte* (un accès tous les jours, deux faibles et un fort); la fièvre *quintane*, *septimane*, *octane* (un accès le cinquième, le septième ou le huitième jour). On a été même jusqu'à parler de fièvres intermittentes *mensuelles* et *annuelles;* mais rien n'est moins prouvé que l'existence de pareils faits.

Dans l'immense majorité des cas, les stades des accès se succèdent de la manière indiquée plus haut; mais quelquefois on voit soit *un des stades manquer*, soit, ce qui est beaucoup plus rare, *un seul stade se montrer*, et, ce qui est bien plus rare encore, l'*ordre d'apparition des stades être changé*. Le stade de froid peut manquer; mais il est bien rare que les malades n'aient pas au moins une certaine sensibilité au froid. Le stade de chaleur manque peut-être plus fréquemment; cependant on ne peut pas l'affirmer, parce que, s'il est très court, il échappe à l'attention du malade, auquel nous devons nécessairement nous en rapporter. Enfin on voit aussi manquer quelquefois la sueur; mais il est bien rare qu'il n'y ait pas un peu de moiteur.

Dans quelques cas, on a vu le frisson venir après la chaleur et la sueur; mais ce sont là de véritables exceptions. Toutefois ces irrégularités, dans quelques cas de fièvre évidemment intermittente, doivent rappeler au praticien cette grande vérité, qui ne doit jamais être perdue de vue auprès du lit du malade, que, dans ces affections, c'est moins la forme de la maladie que le retour périodique des accès qu'il faut noter. J'aurai à revenir sur cette proposition à l'occasion des fièvres pernicieuses.

La *durée* des accès est très variable; il est rare qu'elle soit de moins d'une heure, et qu'elle se prolonge au delà de six ou sept heures. Quant à la durée de la

(1) *Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1843, t. X, p. 351.

(2) Pour ne pas se tromper dans le calcul, il ne faut pas compter le jour du premier accès.

maladie elle-même, il est impossible de la déterminer. Dans un certain nombre de cas, et surtout *dans les fièvres simples vernales*, on voit la maladie se dissiper d'elle-même après le cinquième, le sixième ou le septième accès; mais bien plus souvent la maladie se prolonge indéfiniment, les accès deviennent plus intenses et la rate s'engorge. Quant à la *durée des stades*, elle est également variable. On peut dire néanmoins que, dans la majorité des cas, le stade de froid dure d'une à deux heures; le stade de chaleur dure plus longtemps, et le stade de sueur se prolonge pendant plusieurs heures.

Il résulte de là que l'*intervalle des accès* a lui-même une durée très variable.

A ce sujet, on a cité des cas dans lesquels un accès commençant avant qu'un autre soit fini, la fièvre était *subintrante;* mais c'est dans les accès de fièvre pernicieuse que les choses se passent ainsi.

La terminaison de la fièvre intermittente simple, quel que soit son type, peut être, ainsi que je l'ai dit plus haut, spontanément favorable; cependant il est nécessaire, dans la majorité des cas, d'opposer à cette maladie un traitement approprié, et, dans ces conditions, elle se termine par la guérison. Si, au contraire, on la néglige, il est un bon nombre de cas dans lesquels les accès se reproduisent indéfiniment, et les malades tombent dans une *cachexie* particulière qui mérite d'être signalée. Ils sont d'un jaune terne ou terreux, languissants, bouffis; la face n'a pas d'expression; le ventre est volumineux, les membres faibles et grêles. Avant qu'on eût trouvé le traitement spécifique de ces fièvres, cet état se terminait fréquemment par la mort. J'ai parlé plus haut de l'*intumescence de la rate;* souvent, après un nombre considérable d'accès, elle devient telle, qu'on sent l'organe au-dessous et à droite de l'ombilic, et quelquefois jusqu'à peu de distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure. Enfin quelques sujets présentent de l'*œdème* des membres inférieurs, une anasarque, une ascite, dont l'état de la rate ne donne pas la raison, et qu'il faut attribuer à une altération particulière du sang.

Les *rechutes* sont très fréquentes : elles ne présentent pas toujours, à beaucoup près, le même type que la première attaque; elles peuvent avoir lieu même quand le malade ne s'expose plus aux causes d'infection, et alors elles sont ordinairement occasionnées par le froid, l'humidité, les excès, en un mot par les causes déterminantes indiquées plus haut (1).

Suivant M. René Vannoye (2), il est un *signe particulier qui annonce l'imminence de la récidive* des fièvres intermittentes. Il consiste dans un état particulier de la conjonctive qui tapisse la paupière inférieure. Cette membrane qui, dans l'état normal, offre une teinte d'un rouge plus ou moins vif, présente souvent, d'après M. Vannoye, lorsqu'on l'examine chez un individu depuis quelque temps affecté de fièvre intermittente, une raie pâle qui circonscrit l'arc inférieur du petit segment libre du globe oculaire. Lorsqu'on abaisse la paupière renversée, et qu'on fait tourner au malade l'œil en haut, cette raie présente assez bien un croissant, dont l'une des cornes correspond à l'angle interne de l'œil, et l'autre à l'angle externe, de manière que son bord concave entoure la partie inférieure de la sclérotique, et que son bord convexe se dessine par une ligne plus ou moins bien

(1) Voy. § II, *Causes*.
(2) *Ann. de la Soc. méd. de la Flandre orientale*, 1848.

tranchée, sur la muqueuse palpébrale. Le degré de pâleur de cette raie est en rapport direct avec l'atteinte que l'organisme a subie. Les observations nombreuses qu'a faites M. Vannoye sur ce sujet lui ont permis d'établir :

1° Que là où ce phénomène n'existe pas, la fièvre n'a ordinairement pas duré fort longtemps, ou du moins qu'on parvient aisément à la faire cesser, sans que sa cessation soit suivie de récidive ;

2° Que là où il existe, l'administration convenable d'un fébrifuge le fait quelquefois disparaître en très peu de temps, et qu'alors il n'y a pas lieu à craindre le retour des accès ;

3° Que quand la raie persiste après la disparition des accès fébriles, ceux-ci reviennent dans l'immense majorité des cas, et que ce n'est qu'après que cette raie s'est confondue avec la teinte du reste de la muqueuse palpébrale, qu'il est permis de ne plus redouter leur retour.

J'ai, comme M. Vannoye, constaté l'existence de ce signe que j'ai également trouvé chez les chlorotiques, et qui est dû à l'anémie causée par la fièvre intermittente.

§ V. — Formes de la maladie.

Avant la découverte du quinquina, on s'occupait beaucoup des formes de la fièvre intermittente, parce qu'on puisait dans la prédominance de certains symptômes des indications pour le traitement. Sans cette circonstance, la forme de la maladie n'aurait pas une grande importance.

On a distingué d'abord une *fièvre intermittente inflammatoire*, dans laquelle le frisson est court, le stade de chaleur long, la température élevée, la céphalalgie, la somnolence marquées, le pouls plein et dur. Puis la *fièvre intermittente bilieuse*, dans laquelle la bouche est pâteuse, l'appétit perdu, le goût mauvais, amer, la face jaunâtre, le pouls mou et dépressible. Enfin la *fièvre muqueuse* ou *catarrhale*, dans laquelle diverses muqueuses sont prises.

On a dit que, dans la première, le quinquina n'agit qu'imparfaitement, si l'on ne détruit d'abord l'état inflammatoire par les émissions sanguines et les délayants ; que, dans la seconde, le fébrifuge trouve les mêmes obstacles, si l'on ne commence par administrer les vomitifs. Cette opinion est très accréditée et principalement fondée sur ce que, dans les pays chauds, on arrive à faire disparaître la fièvre bilieuse, dans un assez bon nombre de cas, par les vomitifs ; mais y a-t-il là une démonstration évidente ? Je ne nie pas le fait, mais je dis qu'il faudrait des recherches plus exactes pour le mettre hors de doute. Au reste, cette question n'a pas une très grande importance dans les fièvres non pernicieuses, et c'est lorsque je ferai l'histoire de ces dernières qu'il conviendra de la traiter avec soin. Je renvoie donc le lecteur à l'article suivant.

§ VI. — Lésions anatomiques.

Les malades affectés de la fièvre intermittente simple ne succombent que lorsque la cachexie indiquée plus haut a fait de grands progrès. Alors on trouve l'engorgement chronique de la rate, dont le tissu est devenu plus ferme et plus résistant. On observe aussi les diverses hydropisies dont nous avons parlé ; mais il n'est aucune autre lésion qu'on puisse attribuer à cette maladie. L'engorgement de la

rate à l'état aigu a pu être étudié chez des sujets qui ont succombé à des acc
fièvre pernicieuse, et alors on a trouvé une simple congestion sanguine.

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

Si l'on se rappelle ce que j'ai dit plus haut sur l'importance capitale de la p
dicité, on reconnaîtra que le diagnostic ne peut pas être difficile pour un m
attentif, alors même que les stades ne se présentent pas avec toute la régularité
tuelle. Il est donc inutile d'insister sur ce sujet.

Pronostic. — Le pronostic de la fièvre intermittente simple est favorable, s
parce que le médecin possède un moyen efficace d'en arrêter les accès. Mai
que bénigne qu'elle soit, on ne peut pas annoncer avec certitude qu'elle tend
turellement à la guérison. J'ai observé, à l'Hôtel-Dieu annexe, un malad
ayant eu un premier accès d'une heure et demie environ, vit tous les jou
durée augmenter, jusqu'à ce que, après vingt-deux accès, pendant lesquels
vait rien fait, l'intervalle apyrétique disparut presque complétement. On l'
à l'hôpital au vingt-troisième accès; le sulfate de quinine fut immédiatem
ministré : il était trop tard; l'accès fut pernicieux et causa la mort. Il ne f
oublier non plus les convulsions qui peuvent être très promptement funest
les enfants.

Suivant une remarque générale, les fièvres vernales sont moins dang
que les automnales. Toutes choses égales d'ailleurs, la maladie est plu
chez les sujets débilités. La cachexie des fièvres intermittentes est d'un
augure.

§ VIII. — Traitement.

Le traitement de cette maladie est des plus simples. On ne peut plus
aujourd'hui à laisser marcher la fièvre intermittente pendant un certai
sans la combattre; cette opinion ne pouvait être soutenue que quand on
pas trouvé le remède spécifique. Les auteurs qui se sont occupés le pl
point de thérapeutique, Torti, Strack, Lind, etc., ont fait voir qu'une fi
termittente, bénigne en apparence, pouvait devenir pernicieuse au cinqu
sixième accès; les faits qu'ils ont cités sont de nature à faire cesser toute h
sur ce point.

Mais, ainsi que je l'ai dit plus haut, on a avancé que le quinquina n'agi
bien, si l'on n'avait auparavant combattu l'élément inflammatoire, sabu
bilieux, et de là une préparation qui consiste, selon les cas, en saignées, e
tifs, en purgatifs, en délayants. L'examen attentif des faits ne m'a pas conv
l'utilité de ces préparations, bien que, dans certains cas, on ait vu dispa
fièvre après un ou plusieurs éméto-cathartiques. Quand je parlerai des fièv
nicieuses, je ferai voir le danger de cette méthode.

Le remède auquel il faut, par conséquent, avoir tout d'abord recour
quinquina et ses préparations. Mais on peut être appelé au moment de l
doit-on agir immédiatement? Non, quand il s'agit d'une fièvre intermittent
et d'accès laissant entre eux des intervalles assez considérables; il faut a
l'apyrexie pour administrer le spécifique, et, en attendant, on se bornera aux
suivants :

raitement de l'accès. — On a proposé de hâter par divers moyens l'évolution 'accès. Favoriser la chaleur et la sueur en élevant la température, en donnant excitants diffusibles et des boissons chaudes, voilà à quoi se réduit cette médi- dont l'action n'est pas très évidente (1). Selon Lind (2), une dose médiocre pium est utile pour calmer la violence et pour abréger la durée de l'accès; mais, général, on se contente de donner une boisson tiède et émolliente, et de tenir malades à une bonne température, au lit et dans un lieu tranquille. Tout autre yen est inutile et pourrait être dangereux.

Traitement curatif.—Aujourd'hui il est universellement reconnu que le moyen uif par excellence est le *sulfate de quinine;* mais, avant d'en parler, je dois un mot des *douches froides*, vantées, dans ces derniers temps, par M. le doc- r Fleury (3).

Douches froides. — Suivant ce médecin, les *douches froides* auraient une effi- té au moins égale au sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre intermit- te simple et récente, et supérieure dans le traitement de la fièvre ancienne et le. Tout en reconnaissant que M. Fleury a obtenu, par ce moyen, des succès arquables, je ne crois pas qu'on puisse lui attribuer cette supériorité, car les ès non moins remarquables du sulfate de quinine sont innombrables.

ADMINISTRATION DU SULFATE DE QUININE ET DU QUINQUINA.

n donne ce sel dans une potion, en pilules, en poudre dans le pain à chanter, du café pour en masquer l'amertume, à la dose de 40, 60, 90 centigrammes gramme. Cette dernière dose peut être donnée les deux ou trois premiers jours oins, chez un adulte fort et vigoureux. Dans d'autres conditions d'âge et de on débute par de plus faibles doses.

s le quatrième ou le cinquième jour, lorsque la fièvre est bien coupée, on peut uer successivement la dose du sulfate de quinine, mais en ayant soin de con- r l'administration du médicament pendant douze ou quinze jours, afin de nir les récidives.

elques médecins, parmi lesquels il faut compter Sydenham, on conseillé, la étant coupée, de donner la dose primitive du fébrifuge (et ce que cet auteur du quinquina s'applique naturellement au sulfate de quinine) à des intervalles s en plus éloignés, en saisissant le jour qui aurait été apyrétique si la fièvre ntinué.

n'a pas des idées bien précises sur l'efficacité relative de ces différents modes inistration du sulfate de quinine; ce qu'il faut surtout savoir, c'est qu'une coupée a une grande tendance à se reproduire si l'on suspend trop tôt le ge.

emment M. le docteur Pfeufer (4) a cité 34 cas dans lesquels il a réussi à r la fièvre en donnant *une seule dose de* 0gr,50 *de quinine en une fois, peu*

Voy. Wilson Philips, *Fièvres intermittentes.* Paris, 1819.
Essai sur les maladies des Européens dans les pays chauds. Paris, 1785.
Des douches froides appliquées au traitem. de la fièvre intermitt. (*Arch. gén. de méd.*, e, 1848, t. XVI, p. 289).
Neue medicinische Zeitung.

de temps avant l'accès. Dans les deux tiers des cas, il y a eu, après l'admini du médicament, un second accès moins fort que les précédents; mais en fièvre n'a plus reparu. Si cette méthode était réellement aussi efficace que l auteur, ce serait un grand avantage, surtout dans les campagnes, où le h de la quinine empêche d'en donner des doses suffisantes; mais il faut enc des faits avant de se prononcer.

Une règle qui a pour elle la sanction d'une longue expérience, c'est de c cer l'administration du sulfate de quinine dès que commence l'apyrexie, dire à l'époque la plus éloignée du moment où doit avoir lieu l'accès, et de sorte que toute la dose soit prise quelques heures avant ce moment. On effet, que ce sel, quand on l'administre à doses fractionnées comme à l'ord besoin de quelque temps pour agir; et cela est tellement vrai qu'il n'est de voir l'accès revenir une ou deux fois, plus ou moins retardé et plus affaibli, après l'administration du médicament.

Les médecins qui regardent la fièvre comme étant sous la dépendance gorgement de la rate conseillent de continuer le sulfate de quinine à do pendant tout le temps que le volume de la rate dépasse ses limites nature cet engorgement est ancien et se dissipe difficilement, ils donnent le s élevée. On sait, en effet, que M. Bally administrait jusqu'à 2, 3 grammes de quinine, et plus encore. Les essais que j'ai tentés m'ont convaincu grandes doses de sulfate de quinine sont inutiles. La rate, une fois la fi coupée, diminue de jour en jour et reprend son état normal, alors mêm abaisse le sulfate de quinine à 60 ou 50 centigrammes.

M. Nonat a cité des faits qui tendent à démontrer que quelques ap de *sangsues* ou de *ventouses scarifiées* sur la région splénique hâtent le la rate à ses limites normales, alors même qu'on réduit le sulfate de de faibles doses (20 ou 30 centigrammes). Dans le mémoire que j'ai haut, j'ai dit moi-même que la rate, qui restait stationnaire pendant deu jours après la cessation de la fièvre, bien que le sulfate de quinine co être administré à dose assez élevée, diminuait rapidement sous l'infl sangsues; mais j'ai vu depuis que je m'étais un peu trop pressé, et, dans cas, ayant attendu un ou deux jours de plus, j'ai vu l'organe tuméfié avec rapidité, bien que je ne fisse pas appliquer de sangsues, et que j'eu à 50 centigrammes le sulfate de quinine. Cette dose, il est vrai, est plus co que celles que prescrit M. Nonat; mais ces derniers faits prouvent que sions sanguines locales n'ont pas une influence aussi grande que je l'avai pensé.

Si l'on en croit M. Piorry (1), l'action du sulfate de quinine est si qu'un gramme de cette substance, administré dans une potion suffisam dulée pour transformer le sel en bisulfate, suffit pour faire diminuer la r quantité notable au bout de quarante ou cinquante secondes. Les expérie j'ai tentées (2) m'ont démontré que cette assertion est erronée. J'ai vu ment, la fièvre étant complétement coupée, la rate conserver son volume

(1) *Traité de médecine pratique.* Paris, 1845, t. VI, SPLÉNOPATHIES.
(2) Voy. *Mémoire cité* (*Union méd.*, 1847).

trois et quatre jours, bien que la dose de sulfate de quinine fût de 1 à
mes pris en une seule fois le premier jour, et par doses fractionnées les
suivants. M. Gouraud (1) a expliqué l'illusion de M. Piorry par un dévelop-
t considérable de gaz dans l'estomac, dont le grand cul-de-sac vient, par sa
té, masquer la matité de la rate. Dans les cas que j'avais cités lorsque parut
mémoire, je n'avais pas observé cet effet; mais plus tard, chez un sujet affecté
re tierce avec un développement considérable de la rate, je le vis se pro-
de la manière la plus évidente. Au bout d'une demi-minute, la matité de la
rut diminuer, mais par sa limite interne seulement; puis cette diminution
nte fit des progrès tels que la moitié interne de la matité avait disparu pour
ace à un son très clair, tandis que la moitié externe persistait. Et ici on ne
pas se méprendre sur la cause, car la matité avait conservé son étendue
le diamètre longitudinal, tandis qu'elle avait diminué de moitié suivant le
e transversal: or on sait que, quand il s'agit de la diminution de l'organe
ne, cette diminution est concentrique. De plus, le malade ayant été exa-
ux heures plus tard, le volume anormal de la rate donnait lieu à la matité
e, parce que la distension de l'estomac avait cessé. Enfin, pour qu'il ne
t rien à l'expérience, la même épreuve fut faite le lendemain avec un verre
e froide, et les choses se passèrent absolument comme avec le sulfate de

les enfants, il est difficile de faire accepter le sulfate de quinine, quelque
on qu'on prenne pour cela. On peut le leur prescrire *dans du café*, comme
ille M. Devouves, mais l'infusion de café est très excitante à cet âge. Ce-
, en l'administrant comme le recommande M. Ebrard, il n'a pas d'incon-
. Ce médecin délaye de 10 à 15 centigrammes de sulfate de quinine dans
s gouttes d'infusion de café torréfié, puis il ajoute 30 grammes d'une infu-
lconque, il sucre le mélange, et ajoute même un peu de lait. Les enfants
t cette boisson sans répugnance.
docteur Petzold (2) donne aux très jeunes enfants le mélange suivant :

l................	45 gram.	Mixture d'acide sulfurique...	4 gram.
ate de quinine......	0,75 gram.		

Dose : une cuillerée à café toutes les heures ou toutes les deux heures.

oyen plus simple est de faire faire de *petites pilules de quinine brute* qu'on
prendre dans un pruneau, dans le potage, dans de la bouillie épaisse, etc.
ine brute ayant moins d'action que le sel, il faut en donner une dose un
élevée (20 ou 25 centigrammes pour un enfant de trois ou quatre ans, et
suite la dose suivant l'âge).
qu'on eût découvert le sulfate de quinine, on obtenait les mêmes résultats
uinquina. Or, il se pourrait qu'on n'eût à sa disposition que cette dernière
e; on administrerait alors le quinquina, sous forme d'*extrait*, à la dose
12, 16 grammes, soit en bols, soit dans du pain à chanter, soit dans une

urnal des connaiss. méd.-chir.
la fièvre intermittente chez les enfants nouveau-nés (*Journ. für Kinderkrankheiten*,
1845).

potion. Le quinquina en *poudre* doit être prescrit à dose plus élevée (de 15 à 50 grammes, et plus). Ce dernier mode d'administration est le plus difficile.

Le sulfate de quinine est un sel irritant. Lorsque l'estomac est enflammé ou très susceptible, il y a des inconvénients à l'administrer par la bouche. On peut alors le donner *en lavements*, en ayant soin d'y joindre 10 à 12 gouttes de *laudanum*, pour que le liquide puisse être conservé. Lorsque l'irritation de l'estomac est peu considérable, on peut encore donner le médicament par la bouche, mais en l'associant à l'*opium;* ou bien on peut recourir au quinquina, qui est moins irritant que le sulfate de quinine.

Mais il peut arriver aussi que l'intestin soit enflammé ; en pareil cas, on a eu recours à la *méthode endermique*. En appliquant le sulfate de quinine sur la peau dénudée, on peut, il est vrai, arrêter la fièvre, mais ce sel à l'inconvénient de causer de vives douleurs, et, ce qui est beaucoup plus grave, de produire des eschares.

Les *frictions avec une pommade chargée de sulfate de quinine* sont un moyen très infidèle. Cependant on est souvent obligé d'y recourir chez les enfants, et c'est ce qu'a fait en particulier M. Ebrard dont j'ai si souvent cité les intéressantes recherches. J'en ai moi-même obtenu de bons effets. On mêle le sulfate de quinine à l'axonge, dans la proportion de 1, 2, 3 grammes et plus pour 30 grammes. Les frictions se font dans les aisselles, aux aines, sur l'abdomen.

Tannate de quinine. — M. Barreswil (1) a présenté à l'Académie de médecine un nouveau sel de quinine, le *tannate*, dont l'action paraît, d'après les rapports de la commission, être identique avec celle du sulfate, et qui n'a pas l'amertume de ce dernier sel. Il s'administre aux mêmes doses, et de la même manière.

On a cherché dans d'autres substances des succédanés du quinquina et du sulfate de quinine ; mais presque tous ces moyens, un moment vantés, sont aujourd'hui tombés dans l'oubli. Ce sont la *salicine*, l'*olivier*, le *fer*, le *mercure*, l'*opium*, l'*alun*, le *phosphore*, etc., etc.

M. Becquerel (2) a employé le *sulfate de bébéerine*, préconisé par plusieurs médecins anglais, mais les faits observés par ce médecin sont trop peu nombreux pour que nous puissions en tirer une conclusion quelconque.

M. le docteur Gendron (3) a préconisé, dans ces derniers temps, l'*alkékenge* en poudre (*physalis alkekengi*, *solanum vesicarium*). Cette substance se donne à dose variable suivant les cas. On peut en prescrire de 4 à 18 grammes dans un demi-verre d'eau. Les faits rapportés par M. Gendron doivent engager à essayer ce médicament, surtout dans les campagnes, où il serait si avantageux d'avoir un succédané peu dispendieux de la quinine.

L'*arsenic* mérite une mention particulière. On l'avait déjà administré à la dose de 1/30e ou 1/16e de grain, et quelques auteurs avaient vanté ses bons effets, lorsque M. Boudin (4) eut occasion d'essayer cette substance sur une grande échelle, chez des militaires qui avaient contracté la fièvre intermittente.

(1) *Bulletin de l'Acad. de méd.* Paris, 1852, t. XVII, p. 415.
(2) *Bulletin gén. de thérap.*, t. XLI, p. 295, 15 octobre 1851.
(3) *De l'alkékenge ou coqueret des vignes* (*Journ. des conn. méd.-chir.*, janvier 1851).
(4) *Traité des fièvres intermitt.*, etc. Paris, 1842. — H. Bailly, *Études sur l'emploi thérap. des préparations arsenicales*, thèse. Paris, 1850.

Or il a conclu des faits qu'il a observés, qu'il est un certain nombre de cas dans lesquels le sulfate de quinine n'ayant pas d'action, l'acide arsénieux a guéri la fièvre ; qu'il en est un nombre notablement moins considérable où, l'arsenic restant sans effet, le sulfate de quinine a procuré la guérison ; enfin que, dans les cas où l'un et l'autre médicament ont eu un bon effet, l'acide arsénieux agit plus promptement et plus sûrement. Ces expériences, comme on le voit, sont toutes à l'avantage de l'arsenic ; malheureusement elles n'ont pas été suffisamment répétées. Pour ma part, ayant eu, dans plusieurs cas, recours à l'acide arsénieux, j'ai vu les accès continuer pendant huit ou dix jours, tandis que la première dose de sulfate de quinine les faisait cesser. Suis-je tombé sur quelques-uns des cas particuliers mentionnés par M. Boudin, et dans lesquels l'arsenic se montre inefficace ? C'est ce que je ne saurais dire. J'engage les praticiens à renouveler ces essais. Voici comment M. Boudin procède.

Première formule.

Poudre minérale fébrifuge.

℞ Acide arsénieux.................. 0gr,01 (1/5 de grain).

Ajoutez successivement et par petites portions :

Sucre de lait pulvérisé................. 1 gram. (20 grains).

Triturez dans un mortier de verre, assez longtemps (au moins dix minutes) pour que le mélange soit intime.

Divisez en vingt paquets. Chaque paquet représente un demi-milligramme ou un centième de grain d'acide arsénieux.

Dose : un paquet délayé dans une cuillerée d'eau cinq ou six heures avant le moment présumé de l'accès.

Deuxième formule.

Pilules minérales fébrifuges.

℞ Arséniate de soude.................... 0gr,01 (1/5 de grain).

Dissolvez dans :

Eau distillée......................... Q. s.

Saturez avec :

Amidon pulvérisé..................... Q. s.

Pour vingt pilules. Dose : une ou deux dans les vingt-quatre heures.

Troisième formule.

Lavement minéral fébrifuge.

℞ Arséniate de potasse............... 0gr, 01 (1/5 de grain).
Eau distillée...................... 1000 gram (1 litre).

Divisez en dix parties. Chaque partie servira pour un lavement.

On voit que si nous ne sommes pas sûrs de l'efficacité supérieure de l'arsenic, du moins les doses conseillées d'abord par M. Boudin sont assez faibles pour qu'on n'ait pas d'accident à redouter. Mais ce médecin, qui primitivement ne dépassait jamais la dose de 1 à 2 centigrammes de ce médicament, la porte maintenant

jusqu'à 4 et 6 centigrammes, et il emploie en même temps un traitement analeptique.

M. le docteur Saurel (1) a rapporté une observation prise sur lui-même, dans laquelle on voit l'arsenic à la dose d'un quart de grain guérir rapidement une fièvre intermittente qui résistait depuis longtemps au sulfate de quinine, et qui avait occasionné un état cachectique des plus prononcés.

M. le docteur Mazière (2) traite avec succès les fièvres intermittentes par l'acide arsénieux à la *dose de* 3, 4 et 5 *centigrammes par jour*. Il réserve le sulfate de quinine pour des cas particuliers.

M. P. Lemaistre (3) cite onze cas de guérison par l'oxyde blanc d'arsenic à la dose de 2 centigrammes, cinq heures avant l'accès, dans une infusion de fleur d'oranger. La plupart des malades offraient des cas de récidive.

M. Dufour (4), de Lyon, d'après les expériences faites par MM. Teissier, Rodet, et par lui-même, conclut que l'arsenic est préférable dans les fièvres à type quarte, ainsi que dans les cas d'irritation des voies digestives, ou de saturation par la quinine.

J'ai cité ces faits parce qu'il importe que le praticien les connaisse; mais je pense qu'on doit se ranger de l'opinion de M. Girbal (5), qui s'exprime ainsi qu'il suit dans les principales conclusions de son travail :

1° L'acide arsénieux a une propriété fébrifuge réelle dans les fièvres intermittentes par intoxication paludéenne profonde.

2° Il réussit plus dans les fièvres tierces que dans les quartes et les quotidiennes.

3° Il n'exerce pas d'action spéciale sur l'engorgement splénique ni sur l'état général.

. . . .

14° La médication arsenicale a une action moins prompte et moins sûre que la médication quinique.

16° Elle doit être bannie du traitement des accès pernicieux (6).

Hydro-ferrocyanate de potasse et d'urée. — M. le docteur Baud (7), de Bourganeuf, a fait connaître un nouveau moyen de traitement qui, selon lui, serait supérieur au traitement par le sulfate de quinine. Il consiste dans l'emploi de l'*hydro-ferrocyanate de potasse et d'urée* administré de la manière suivante :

On fait avec cette substance des pilules de 15 centigrammes chacune, que l'on couvre d'une enveloppe de sucre pour en masquer l'amertume. Si l'on est appelé au moment de l'accès, on administre dix, quinze ou vingt pilules à prendre par cinq, dans une cuillerée de tisane ou d'eau, de demi-heure en demi-heure. Si le malade est actuellement apyrétique, on lui prescrit dix, quinze ou vingt pilules à prendre en partie une heure avant l'accès et en partie pendant la première heure

(1) *Gazette méd. de Montpellier*, avril 1847

(2) *Bulletin gén. de thérap.*, 15 janvier 1848.

(3) *Union médicale*, 11 et 13 juillet 1851.

(4) *Des indications qui doivent faire préférer l'arsenic ou le quinquina dans les fièvres intermitt.* (*Revue méd.-chir.*, et *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1er mars 1851).

(5) Séance de l'Académie des sciences du 3 mai 1852.

(6) *Union médicale*, 6 mai 1852.

(7) *Nouveau mode de traitement des malad. périod. et autres affections intermittentes* Paris, 1850.

le l'accès lui-même. Enfin s'il s'agit d'accès pernicieux ou d'accès qui ne laissent as entre eux d'intervalle apyrétique, il faut augmenter considérablement la dose les pilules, qu'on donne à des intervalles rapprochés, et dont on continue l'emploi endant plusieurs jours.

On ne doit pas craindre l'augmentation des doses, car M. Baud s'est assuré de eur parfaite innocuité, alors même qu'on multipliait les pilules jusqu'à quatre-ingts et cent dans une journée. Aussi quand les accès sont violents, ne faut-il pas ésiter à en donner trente et quarante en trois, quatre et cinq prises, partie avant 'accès et partie pendant l'accès.

Voici maintenant quelle est l'*action de ces pilules*. Lorsque la fièvre est simple et d'intensité modérée, le stade de froid se trouve atténué et abrégé; le stade de chaleur est à peine perceptible, et une transpiration facile, sans aucun accident, juge la maladie, de telle sorte que l'accès suivant manque complétement ou bien est à peine perceptible.

Si la maladie est plus violente, un ou deux accès peuvent succéder au premier, mais ils sont de plus en plus faibles, et bientôt la guérison complète a lieu.

M. Baud se fonde sur 160 observations recueillies dans sa pratique et dans celle de plusieurs autres médecins. Je me contenterai d'indiquer les 31 cas qui ont été observés par la commission de l'Académie de médecine, cas où la fièvre intermittente était rebelle et avait résisté chez un certain nombre de sujets au sulfate de quinine et aux préparations arsenicales, et dans lesquels il y a eu 26 guérisons complètes, 2 cas douteux et 3 cas rebelles. Il faut attendre encore avant de se prononcer sur la valeur de ce traitement.

Sel marin.—M. le docteur Thomas (1), de la Nouvelle-Orléans, a employé avec succès le *chlorure de sodium* contre la fièvre intermittente, qui a résisté au sulfate de quinine. Voici comment il procède :

Il administre le chlorure de sodium à la dose de 2 gros (8 grammes) par jour dans un peu d'eau sucrée ou de tisane, 1 gros le matin à jeun, 1 gros trois heures après le déjeuner. Il le continue ordinairement pendant trois jours, si (ce qui a lieu habituellement dans la fièvre quotidienne ou tierce) l'accès est coupé dès le premier ou le deuxième jour. Quand la fièvre persiste plus longtemps, il conseille d'en prolonger davantage l'usage. Une ou plusieurs semaines sont quelquefois nécessaires dans les fièvres quartes. Les doses peuvent être augmentées sans inconvénient; il est même indispensable de le faire dans certains cas. Mais, en général, la dose qui vient d'être indiquée lui paraît suffisante, bien que quelques médecins de la localité aient jugé convenable de l'élever davantage. M. Buys (2), de Bruges, a donné ce médicament à quarante-huit fiévreux : près des deux tiers présentaient le type quotidien; une dizaine le type tierce, et trois le type quarte. Tous, à l'exception de ceux atteints de ce dernier type, ont guéri dans l'espace de deux ou trois jours, par l'administration de 30 à 45 grammes de sel commun dans 180 grammes d'eau, administrés dans les vingt-quatre heures.

Hydrochlorate d'ammoniaque. — M. Aran (3) a employé le sel ammoniac, déjà mis en usage par M. Mays; il a traité par ce médicament 13 cas de fièvre, se dé-

(1) *Gazette des hôpitaux*, mai 1847.
(2) *Ann. de la Flandre occidentale*, et *Journ. des conn. méd.-chir.*, 15 août 1851.
(3) *Bulletin gén. de thérap.*, 30 octobre 1851.

composant ainsi : 5 tierces, 7 quotidiennes et 1 irrégulière. Sur les 13 malades, 7 ont guéri immédiatement (l'accès n'est pas revenu); 4 ont été guéris au deuxième accès; 2 ont continué, l'un jusqu'au huitième, l'autre jusqu'au quatrième accès.

Ce médecin prescrit la potion suivante :

Chlorhydrate d'ammoniaque.. 8 gram.	Eau distillée de fleur d'oranger... 50 gram.
Eau distillée de menthe..... 50 gram.	

A prendre en deux fois, le plus loin possible de l'accès, et faire suivre chaque prise d'une tasse de café pur sucré ; continuer le traitement pendant quelques jours.

M. Chevreuse (1) cite une observation dans laquelle le sulfate de quinine, employé sous toutes les formes, échoua. Ce médecin eut recours alors au *jus de feuille de plantain* (*plantago major*), à la dose d'un demi-verre avant chaque accès, et obtint ainsi une prompte guérison. Depuis, dit-il, il a employé ce moyen dans cinquante cas, et le jus de plantain a réussi à couper des accès qui avaient résisté au sulfate de quinine.

Ventouses sèches. — Le docteur Gondret (2) ayant observé, en appliquant des ventouses sèches comme moyen dérivatif dans les maladies des yeux, que plusieurs fièvres intermittentes qui compliquaient ces maladies s'étaient trouvées guéries, a dirigé ce moyen contre la fièvre intermittente en général. Il a rapporté des faits nombreux pour en prouver l'efficacité. Dans le rapport fait à ce sujet par M. Bricheteau à l'Académie de médecine, nous trouvons 9 cas dans lesquels les ventouses sèches ont eu des effets variables; 7 fois la fièvre a été dissipée, bien que dans quelques-uns de ces cas il y eût eu des récidives; 2 fois le moyen a échoué, et 1 fois le succès a été douteux. M. Grisolle a obtenu un succès complet dans un cas, incomplet dans un autre. Enfin, sur 12 cas, Martin-Solon n'a eu que 2 succès. Il résulte de ces faits que le traitement par les ventouses sèches doit être, jusqu'à nouvel ordre, regardé comme un moyen infidèle; et ce qu'il faut principalement remarquer, c'est que souvent il exige plusieurs jours pour procurer la guérison, et que les récidives sont fréquentes.

Les ventouses sèches doivent être appliquées au nombre de dix à vingt le long de la colonne vertébrale, et principalement à la nuque, au moment de l'invasion de l'accès.

M. le docteur Élie Bellencontre (3) a proposé contre la fièvre intermittente des frictions avec l'*huile de térébenthine* et le *laudanum de Rousseau*, dans la proportion suivante :

℞ Huile essent. de térébenthine 125 gram.	Lauadnum de Rousseau...... 4 gram.

Mêlez. Pour frictions matin et soir, pendant l'apyrexie, sur la colonne vertébrale. La dose est de deux cuillerées pour chaque friction ; elle est toutefois subordonnée à l'âge et à la constitution du sujet.

M. le docteur Maillier (4), qui depuis 1846 a employé cette méthode, en a obtenu un succès constant. Il importe donc de l'expérimenter de nouveau.

(1) *Revue méd.-chir.*, et *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1er mars 1851.
(2) Voy. *Rapport de M. Bricheteau sur une méthode de traiter les fièvres intermitt.* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1850, t. XV, p. 688).
(3) *Journ. des conn. méd.-chir.*, juillet 1846.
(4) *Journ. des conn. méd.-chir.*, novembre 1849.

Traitement de la cachexie intermittente. — Les meilleurs moyens à opposer à cette cachexie sont le séjour dans un *lieu sec*, des *vêtements* qui tiennent le corps à l'abri du froid et de l'humidité, un *régime* fortifiant, les *amers*, les *toniques* et surtout les *ferrugineux*.

Contre l'œdème consécutif, on emploiera les mêmes moyens, et en outre des frictions sèches ou aromatiques, des fumigations aromatiques; de légers laxatifs s'il y a constipation.

Il résulte des observations de M. Forget (1) (de Strasbourg), que le *quinquina*, à la dose de 4 grammes d'extrait mou dans une potion, est plus efficace contre l'anasarque qui succède aux fièvres intermittentes que le sulfate de quinine lui-même. Cependant on ne peut s'empêcher de remarquer que, dans ses observations, le quinquina a été donné après le sulfate de quinine et à une époque où la maladie pouvait avoir de la tendance à se dissiper d'elle-même. Il faudrait, pour nous fixer sur ce point, expérimenter le quinquina dans la période où l'anasarque se produit.

Traitement de la fièvre intermittente chez les enfants. — Le traitement employé par M. Semanas consiste dans l'administration de lavements au quinquina et au sulfate de quinine, et dans des frictions avec une pommade au sulfate de quinine. Cette dernière est composée de parties égales d'axonge et de sel fébrifuge. Pour l'employer, il suffit d'en déposer toutes les heures gros comme une noisette sous les aisselles et dans le pli des aines. Quant aux lavements, voici leur composition :

Quinquina jaune royal .... 18 gram.

F. s. a. une décoction de 60 grammes. Ajoutez :

Sulfate de quinine .... 5 décigr. | Poudre de gomme arabique .... Q. s.

Mêlez.

Ces lavements doivent être administrés à des intervalles de cinq heures. Si la fièvre est très grave, on doit les donner à des intervalles de trois heures, et porter la dose du sulfate de quinine à 8 et 10 décigrammes.

ARTICLE II.

FIÈVRES PERNICIEUSES.

Après avoir décrit avec soin la fièvre intermittente simple, notre tâche à l'égard des fièvres pernicieuses se trouve très simplifiée : il ne s'agit, en effet, que de rechercher en quoi celles-ci diffèrent de la première, et comment on peut les reconnaître.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On doit donner le nom de *fièvre pernicieuse* à tous les accès fébriles qui se compliquent d'accidents graves vers les principaux organes de l'économie, ou qui présentent une intensité exagérée des phénomènes de la fièvre intermittente; con-

(1) *Bulletin gén. de thérap.*, août 1848.

ditions fâcheuses et dans lesquelles les sujets, ainsi que nous l'a appris l'expérience, sont en danger de mort.

On a beaucoup écrit sur les fièvres pernicieuses. Morton (1) commença à attire d'une manière toute spéciale l'attention des praticiens sur ces affections si graves, et, après lui, les médecins qui observaient dans les pays marécageux en donnèrent des descriptions saisissantes. Il faut citer en première ligne celles de Torti (2) qui sont consultées par tout le monde. Parmi nous, MM. Nepple (3) et Maillot (sont ceux qui ont traité avec le plus d'étendue les questions qui se rattachent fièvres pernicieuses ; mais je pourrais citer une foule de travaux intéressants ce sujet qui ont paru dans les recueils scientifiques ou dans des écrits sépa Je me contenterai de mentionner un très bon mémoire que nous devons à M. docteur Drouet (5), et dans lequel toutes les questions sont traitées avec le grand soin.

§ II. — Symptômes.

On a multiplié presque à l'infini les divisions. Avant de faire connaître les prin cipales, je dirai quelques mots de la symptomatologie en général, parce que c généralités, si elles sont bien comprises, peuvent tenir lieu de tous les détails.

Si l'on voit chez un sujet, peu de temps auparavant bien portant, survenir symptômes très graves, *quels qu'ils soient*, on doit déjà redouter d'avoir affair une fièvre intermittente pernicieuse.

Si un examen attentif de tous les organes ne fait pas reconnaître une lésion pr fonde de l'un d'entre eux, la présomption devient plus forte.

Si l'on se trouve à une époque où sévissent les fièvres intermittentes, quel q soit le lieu où l'on est, on a une raison de plus de croire à une fièvre pernicieu et cette raison devient beaucoup plus forte lorsqu'on se trouve dans un pays ma cageux où sévit la fièvre intermittente, ou si le pays est devenu accidentelleme par le curage des canaux, la mise à sec des étangs, etc., dans les conditions des p marécageux.

Si l'on apprenait que le malade a été, à une époque antérieure, atteint de fiè intermittente, l'hésitation serait moins grande encore ; et enfin si l'on savait les accidents graves dont on est témoin ont été précédés d'accès à intervalles p ou moins bien tranchés, on ne pourrait plus douter, dès le premier examen, q s'agit d'une fièvre pernicieuse.

Tels sont les principes qui dirigent les praticiens dans les contrées où les fiè intermittentes sont endémiques et se montrent fréquemment avec le caractère p nicieux. En les suivant et en ayant constamment l'esprit en éveil sur la possibi de l'intermittence, on ne risque guère de tomber dans des erreurs de diagnos d'autant plus déplorables que le malade peut être emporté au troisième ou q trième accès, et quelquefois même au second ou au premier.

(1) *Opera medica*. Lugduni, 1737.
(2) *Therapeutice specialis ad febres periodicas perniciosas*. Modii, 1821.
(3) *Essai sur les fièvres rémittentes et intermittentes*. Paris, 1828.
(4) *Traité des fièvres intermittentes*. Paris, 1836.
(5) *Des fièvres intermittentes pernicieuses*. Thèse, Paris, 1845.

§ III. — Formes de la maladie.

Après ces explications, les nombreuses formes qu'on a admises ne méritent plus qu'une simple mention.

L'exagération des symptômes propres aux divers stades de la fièvre intermittente donne lieu à deux fièvres principales. La première est la *fièvre algide*, dans laquelle le frisson est excessif et le malade peut succomber avec tous les signes d'un refroidissement mortel. L'intervalle apyrétique, dans cette forme, laisse les malades plus ou moins abattus et souffrants, et le stade de sueur est peu marqué. La mort survient du premier au troisième accès ordinairement.

La seconde forme est la *fièvre diaphorétique*, qui n'est autre chose que l'exagération du stade de sueur. La transpiration est excessive, et les malades peuvent succomber avec tous les signes de l'épuisement le plus complet, dès le premier ou deuxième accès.

Parmi les fièvres pernicieuses qui ont pour symptômes des phénomènes graves du côté des organes importants, il n'en est pas qui se montrent plus fréquemment que celles qui présentent des *troubles nerveux*, et principalement le *délire* et le *coma*. Cette forme si fréquente de la maladie qui nous occupe a fourni surtout des arguments à ceux qui voient dans la fièvre intermittente une gastro-céphalite ou une affection céphalo-rachidienne. Quant à la théorie qui veut faire de la fièvre intermittente une gastro-céphalite, elle ne peut plus se soutenir aujourd'hui ; car l'anatomie pathologique a prouvé que le cerveau et l'estomac ne présentent aucun signe d'inflammation ; et d'ailleurs comment admettre qu'une inflammation assez grave pour donner lieu à d'aussi terribles symptômes cède au sulfate de quinine ? Si j'ai mentionné cette théorie, c'est parce que, conduisant à un traitement antiphlogistique, elle a été extrêmement funeste.

S'il y a *coma*, on dit que la *fièvre* est *comateuse*, *léthargique*, *apoplectique*, etc. ; un délire plus ou moins marqué constitue la *fièvre délirante*. Quant à la *fièvre convulsive*, on lui a donné divers noms (*épileptique*, *tétanique*, *cataleptique*, etc.), suivant que les convulsions affectent telle ou telle forme.

M. le docteur Cavaré (1) a cité un cas dans lequel les accès étaient accompagnés d'une *paralysie générale du sentiment et du mouvement* ; ils avaient le type quotidien ; les accidents se dissipaient pendant l'apyrexie.

On observe plus rarement des symptômes graves *du côté du cœur*. Cependant on voit, chez certains sujets, une douleur des plus violentes se manifester du côté de l'épigastre et de la région précordiale : c'est la *fièvre cardialgique* ; chez d'autres, il survient des *syncopes* plus ou moins fréquentes : c'est la *fièvre syncopale*.

Les autres formes que j'ai encore à mentionner sont moins fréquentes et, en général, moins dangereuses. Ce sont, *du côté des voies digestives* et *de leurs annexes*, la *fièvre cholérique*, la *fièvre dysentérique*, la *fièvre gastralgique*, *néphrétique*, *hépatique*.

M. le docteur Liégey (2) a observé, à l'époque où le choléra commençait à sévir dans le nord de la France, des *fièvres intermittentes à forme cholérique*. Le sulfate

(1) *Gazette médicale de Toulouse*, juillet 1853.
(2) *Union médicale*, 10 février 1849.

de quinine était encore ce qui réussissait le mieux dans ces cas partice
Enfin, *du côté des voies respiratoires*, on a signalé la *fièvre asthmatique*, *nique*, *pleurétique* ou *pneumonique* ; les deux premières ne méritent guère rangées parmi les fièvres pernicieuses.

Toutes ces formes, comme on le voit, empruntent leurs symptômes à de ladies parfaitement connues ; toute description détaillée devient par cons inutile.

§ IV. — Durée des accès.

Je n'ai pas encore parlé de la *durée croissante des accès*, et cependant c une circonstance qu'il ne faut pas perdre de vue, car elle doit faire craindre fièvre, qui peut avoir commencé comme une fièvre intermittente simple et bé ne devienne pernicieuse. A mesure, en effet, que l'accès devient plus long, devenir plus intense ; le quatrième et le cinquième peuvent s'accompagner d dents mortels, ou ne laisser entre eux aucun intervalle apyrétique pour l'ad tration la plus convenable du sulfate de quinine.

§ V. — Lésions anatomiques.

Dans les fièvres pernicieuses, la rate présente, au moins dans le plus nombre des cas, des lésions graves. Elle est tuméfiée, souvent d'une maniè considérable ; elle est ramollie, quelquefois transformée en bouillie noirâtre, même rompue. Quant aux lésions des autres organes, elles se réduisent p constamment à de simples congestions : d'où il résulte que la perniciosité des intermittentes ne dépend nullement, comme on l'a prétendu, de ce que la est compliquée d'affections diverses, car ces congestions sont sous la dépen de la cause délétère qui a produit la fièvre elle-même.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Dans les considérations précédentes, j'ai posé les bases du *diagnostic* et d *nostic*, je n'ai rien à ajouter ici.

§ VII. — Traitement.

C'est surtout à propos du traitement des fièvres pernicieuses qu'il s'est éle discussions animées. Il en est résulté quelques principes généraux qu'il ir d'examiner.

Les symptômes qu'on observe du côté des organes importants ayant surtout l'attention, on a pensé qu'avant tout il fallait les combattre, et c'est surtou les cas de fièvre pernicieuse qu'on a posé en principe que le quinquina n'a bien si l'on n'a d'abord combattu la *congestion cérébrale*, l'*état inflamm* général, l'*état bilieux*, etc.

J'ai examiné, sous ce point de vue très important, les observations publié les auteurs, et surtout celles de MM. Nepple et Maillot, et j'ai été convainc le temps pendant lequel on avait traité les malades par les *saignées*, les *san* les *vomitifs*, avait été un temps très malheureusement perdu. On a été trom la rémission qui survient naturellement après l'accès, et l'on a oublié que les n

ssent véritablement sur la fièvre intermittente, pernicieuse ou non, ne sont ıx qui modèrent les symptômes actuellement existants, mais ceux qui agisr l'accès suivant, soit en le supprimant, soit en le modérant et en le retarır il n'y a que le quinquina qui agisse ainsi d'une manière assez constante ıspirer de la confiance, et, par conséquent, c'est au quinquina qu'il faut ecours aussitôt qu'il est possible de le faire.

s'ensuit pas qu'on doive complétement négliger les symptômes dont il s'agit; dis que, tout en les traitant, on doit recourir immédiatement au fébrifuge, vaudrait beaucoup mieux les négliger que d'y recourir de manière à retarlministration du remède spécifique.

ı recommandé d'attendre l'apyrexie pour l'administration du sulfate de qui-, moins que les accès ne soient tellement rapprochés qu'ils ne laissent pas ervalle suffisant pour agir convenablement. Si l'on consulte encore les obons, on voit qu'on a eu maintes fois à se repentir d'avoir suivi ce précepte. arriver, en effet, que le malade succombe dans un accès prolongé, et bien ıareil cas l'administration du sulfate de quinine n'ait que de faibles chances cès, on doit se reprocher d'avoir privé le malade de ces chances, quelque qu'elles soient; mais, ce qui est bien plus grave, il peut arriver que des qui jusque-là avaient laissé des intervalles suffisants, se prolongent tout de manière à ne plus laisser qu'un très court intervalle, ou à n'en plus du tout. En pareil cas, l'accès suivant, qu'on n'a pas eu le temps de prévarce qu'on a attendu pour agir la fin du précédent, peut emporter rapide- sujet. Je n'ai vu dans aucun cas rapporté par les auteurs que l'adminis- du sulfate de quinine pendant l'accès ait eu les effets fâcheux qu'on lui e; moi-même, ayant été appelé pour un cas de fièvre avec délire violent, e coma, je n'hésitai pas à prescrire immédiatement le sulfate de quinine, dministration avait été ajournée à l'apyrexie par un autre médecin; il n'y un accident. L'accès suivant, qui commença peu de temps après la fin de ont je venais d'être témoin, fut beaucoup plus faible, et le troisième manqua tement.

me résumer en deux mots, je dirai qu'on doit considérer, plus qu'on ne le mmunément, le sulfate de quinine comme le remède souverain, non-seule- la fièvre intermittente, mais encore de tous les symptômes qui l'accompaquelle que soit leur nature. En partant de ce principe, on agira à temps, et se laissera pas arrêter par des considérations accessoires.

ose du sulfate de quinine doit être plus considérable dans les fièvres pernique dans la fièvre intermittente simple; elle varie de 1 gramme à 2 ou chez l'adulte; mais on peut très bien s'arrêter à la dose de 1 gramme à mes. Quant au *mode d'administration*, il est le même que dans la fièvre tente simple; et, comme dans la fièvre intermittente simple, si l'on ne l'introduire par la bouche, il faut chercher les autres voies que j'ai men-, ou plutôt il faut agir à la fois par ces diverses voies, et, en même temps recours à l'administration par la bouche, donner des lavements avec 1, 2 ammes de sulfate de quinine, appliquer ce sel sur une surface dénudée large vésicatoire, l'incorporer dans une pommade qui servira aux fric-'essentiel, c'est d'agir promptement et de faire absorber une assez grande

quantité de sel de quinine pour s'opposer rapidement aux symptômes fâcheux de la fièvre.

Maintenant il suffit d'ajouter que les états comateux, délirant, inflammatoire, diarrhéique, doivent être traités par les moyens appropriés et bien connus des médecins (opium, sangsues, vésicatoires, etc.); mais, je le répète encore, qu'on ne voie en eux que des auxiliaires qui doivent marcher après le sulfate de quinine.

Ce que j'ai dit plus haut relativement au *quinquina* pourrait être répété ici. Qu'on n'oublie pas seulement qu'il faut forcer les doses.

ARTICLE III.

FIÈVRE PSEUDO-CONTINUE.

La *fièvre pseudo-continue* n'est autre chose qu'une fièvre intermittente qui ne laisse plus d'intervalle d'apyrexie, et qui, suivant les auteurs qui ont été à même de l'observer, est de nature à en imposer nécessairement pour une fièvre continue à quiconque ne serait pas prévenu. Telle est, en particulier, l'assertion positive de M. Maillot. Cependant, si l'on étudie les observations fournies par les auteurs, on voit qu'il n'en est pas qui ne présentent, à des intervalles plus ou moins rapprochés, des exacerbations que tout observateur attentif doit saisir, surtout si l'on pratique dans un pays marécageux. Il faut en revenir toujours à ce précepte, que *quelle que soit la maladie aiguë qu'on ait à traiter, lorsque le cas est grave, on ne doit jamais perdre de vue la possibilité de l'intermittence.* Avec cette attention, on ne risquera pas de tomber dans les funestes erreurs de diagnostic dont on nous a cité de nombreux exemples.

Tout ce qu'il importe de dire de la fièvre pseudo-continue, c'est que cette forme se présente presque constamment avec le caractère pernicieux; que quelquefois le type continu se déclare tout d'abord, tandis que, dans certains cas, il y a eu préalablement une intermittence plus ou moins tranchée; que les accidents du côté des centres nerveux sont les plus fréquents, et que le *traitement* doit être celui des fièvres intermittentes graves. Tout autre détail serait inutile.

ARTICLE IV.

FIÈVRES LARVÉES.

Je n'ai pas davantage à m'étendre sur les *fièvres larvées*. On a donné ce nom à toutes les affections qui sont caractérisées par des accès périodiques cédant au sulfate de quinine, quels que soient leurs symptômes. C'est ainsi que les *névralgies*, les *convulsions*, la *céphalée*, le *hoquet* et beaucoup d'autres affections offrent des exemples dans lesquels la périodicité est évidente.

Ici encore c'est au médecin à suivre soigneusement la marche de la maladie et à donner une attention sérieuse à l'intermittence. Cela est d'autant plus nécessaire que parfois les fièvres larvées peuvent être pernicieuses. J'ai vu, pour ma part, une petite fille de six ans succomber au cinquième accès de convulsions non fébriles, dont l'intermittence périodique avait été méconnue. Je fus appelé au moment où l'enfant expirait.

aitement est toujours le même. Le sulfate de quinine, voilà le remède au-
iut avoir recours tout d'abord, quand le caractère périodique existe réelle-
eulement il peut arriver que, malgré le retour périodique des accès, le
le quinine reste sans effet : c'est ce que j'ai fait remarquer à l'occasion des
ies (1) ; mais, en pareil cas, le sulfate de quinine n'a aucun danger, et l'on
suite recourir avec plus de sécurité aux remèdes ordinaires.

ARTICLE V.

FIÈVRE BILIEUSE GRAVE DES PAYS CHAUDS OU RÉMITTENTE.

naladie désignée sous ce nom a-t-elle droit de prendre place dans les ca-
sologiques ; ou bien n'est-elle formée que de la réunion arbitraire de cas
erprétés de dysenterie, d'hépatite, d'ictère grave, de fièvres paludéennes com-
s d'accidents bilieux ? Les auteurs anglais (2), qui ont particulièrement écrit
sujet, se sont assez peu préoccupés de cette question. Ils ont vu, étudié et
ne maladie fébrile qui leur semblait distincte de toutes les autres maladies ;
ont donné, d'après ces caractères dominants, le nom de *fièvre rémittente*
e, et n'ont pas cherché à pénétrer dans l'intimité de sa nature. Ils ont dit
rs que ce n'était pas une hépatite, parce qu'il n'y avait pas d'abcès du foie ;
n'était pas une fièvre intermittente, parce qu'elle résistait au quinquina ; et
là tous les renseignements que nous avons eus pendant longtemps sur ce sujet.
'est que depuis un très petit nombre d'années que la question a été étudiée
reau, et que des discussions ont eu lieu sur l'essentialité de la fièvre bilieuse.
s en ont nié l'existence ; les autres ont affirmé que c'est une espèce, une
norbide bien définie.

comme pour toutes les maladies que nous ne connaissons pas par observa-
rsonnelle, nous userons de notre réserve habituelle, et nous nous en rap-
ns volontiers aux descriptions des médecins qui ont *vu* et qui ont *décrit*
nature. Les discussions en dehors de l'observation des faits sont oiseuses ;
avons vu, dans un chapitre précédent, que c'est à des discussions sembla-
'on a dû pendant longtemps la confusion du typhus et de la fièvre typhoïde ;
royons-nous devoir emprunter au travail le plus récent et le mieux étudié
sujet les principaux détails qui vont suivre : nous voulons parler du mé-
u à la Société médicale des hôpitaux par M. le docteur Dutroulau, ancien
n en chef de la marine (3).

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Dutroulau définit ainsi cette maladie : « On doit entendre par *fièvre bilieuse*
mats intertropicaux une pyrexie qui, sans considération du type, et pou-
s revêtir tous, présente pour caractère essentiel et souvent unique les sym-

Traité des névralgies.
Stewardson, *The American Journal*, 1841 et 1842. —Bartlett, *The histor.*, *diagn. and*
etc. Philadelphie, 1842.
De *la fièvre bilieuse grave des pays chauds* (*Archives gén. de méd.*, octobre et no-
1858).

ptômes prononcés et persistants de l'état bilieux : ictère, vomissemen urines caractéristiques de cet état; et pour caractères graves, les phénomè braux, hémorrhagiques ou autres, pouvant être attribués à une altératio par la bile. Toute fièvre ou maladie fébrile dont l'élément bilieux n'est qu et secondaire ou symptomatique d'une lésion anatomique primitive, loca un organe quelconque, n'est pas une fièvre bilieuse. »

Nous acceptons cette définition, parce qu'elle est la plus récente, la plu et que l'auteur a dû nécessairement, avant de s'y arrêter, analyser et p de tous les autres observateurs.

Comme on le verra à l'article *Diagnostic*, il faut isoler la *fièvre bilie* d'un certain nombre d'autres affections qui ont été confondues avec elle. ainsi des maladies avec lesquelles on la compare souvent, la fièvre bilie *n'est pas* une maladie *fréquente* sous les tropiques; si à Madagascar elle fréquemment sans qu'on puisse dire cependant qu'elle soit la forme la mune de la fièvre endémique, elle n'apparaît guère dans les climats de l' qu'à certains moments d'épidémie et est très rare dans quelques localités dix-sept ans de pratique aux Antilles, j'ai pu m'assurer qu'elle ne s'obse ceptionnellement à Saint-Pierre et à la Basse-Terre, et que, des divers lustres de ces îles, c'est la Pointe-à-Pître qui en offre de beaucoup les nombreux (1). »

Cette maladie a été décrite sous les noms divers de : *bilious remit fièvre rémittente bilieuse des pays chauds*, *grande endémique des clin tropicaux* (Indes), *pernicieuse ictérique* (Madagascar, Daullé), *bilieu rique* (Antilles), *fièvre jaune des acclimatés et des créoles* (Pointe-à-Pîtr *typhoïde* (Égypte, Greisinger), *hémitritée* (Provinces danubiennes). I bien certain que le *causus* (καυσος) d'Hippocrate et la *fièvre méditerra diterranéenne* de quelques médecins voyageurs soient identiques ave bilieuse proprement dite.

§ II. — Causes, nature de la maladie.

Topographie. — Les études récentes de topographie médicale ont n les maladies ne sont pas disséminées au hasard à la surface du globe, et des circonscriptions morbides géographiques bien déterminées. En effet affections qui ne se généralisent pas, mais qui restent étroitement con les pays où elles ont pris naissance; et ce n'est que d'une manière tout dentelle qu'elles rayonnent à quelque distance, pour expirer d'ailleurs à extrêmes de leur développement : la fièvre jaune nous a présenté des e cette particularité. Mais la fièvre bilieuse grave est une des maladies circonscrites et les moins envahissantes; elle ne paraît pas, en effet, s'é propagée par infection ou par contagion, et il suffit de quitter les pays endémique pour être à l'abri de ses atteintes.

La plupart des médecins anglais l'ont attribuée aux seules influences ques des pays chauds, savoir : une chaleur moyenne constamment au 20 degrés, une pression barométrique invariable, une humidité perpétu

(1) Dutroulau, *loc. cit.*, p. 42.

hère, et dépassant 80 degrés, un hivernage avec chaleur, humidité et électri- développée. Mais ces conditions sont loin d'être suffisantes pour le développe- de la fièvre bilieuse, et elles ne peuvent servir qu'à expliquer seulement un éléments, l'état bilieux proprement dit, ainsi que nous l'exposerons plus Et, en effet, si ces influences étaient capables à elles seules de produire la bilieuse, cette affection se montrerait dans tous les climats intertropicaux. C'est ce qui n'a pas lieu.

Dutroulau fait remarquer, au contraire, que certaines stations des climats tropicaux ne présentent pas la moindre apparence de fièvre bilieuse, et il cite, appui de son opinion, les faits suivants : « Tous les climats des tropiques ne pas habités par la fièvre bilieuse grave. Des six colonies principales que nous idons, à de grandes distances les unes des autres, dans cette zone du globe, très salubres et exemptes de fièvre endémique grave, la Réunion et Taïti, ne uisent pas cette forme de la fièvre bilieuse; on n'y observe qu'une fièvre sai- ière, ordinairement épidémique, qui est l'éphémère à forme tantôt inflamma- , tantôt gastrique, bilieuse ou muqueuse. La seule fièvre grave qui y naisse airement des causes accidentelles, ou s'y montre quelquefois sous forme épi- que, est la fièvre typhoïde, parfaitement semblable par sa marche, sa durée, aractères anatomiques et symptomatiques, à la fièvre typhoïde des climats érés. Des observations très détaillées, et particulièrement un mémoire de M. le ur Lesson, médecin en chef à Taïti, portant sur trente-trois faits complets et peut mieux caractérisés, ne peuvent laisser aucun doute à ce sujet. Nos e autres colonies : Mayotte, Sénégal, Cayenne, Antilles, insalubres à diffé- degrés, et devant surtout leur insalubrité à des foyers très intenses d'émana- palustres, qui y entretiennent continuellement toutes les formes graves de paludéenne, comptent, au contraire, la fièvre bilieuse comme forme pyré- de leur règne endémique (1). »

renseignements ne s'appliquant qu'aux colonies françaises, nous devons r que la fièvre bilieuse grave s'observe aussi aux Indes orientales, et princi- ent dans la presqu'île du Gange, dans différents points du littoral de l'Afri- dans les provinces méridionales des États-Unis. Enfin, on l'observe sur les de l'Espagne, de l'Italie et de la Grèce; c'est de là que dérive le nom de *méditerranée* ou *méditerranéenne*. On dit l'avoir observée quelquefois sur avires en mer, et par opposition, au sein de quelques pays éloignés des eaux, e la Hongrie. Ces deux derniers points paraissent douteux.

uences palustres. — La connaissance de ces conditions topographiques est tante, car elle démontre le lien intime qui unit la fièvre bilieuse aux fièvres ennes. En effet, elle établit que la fièvre bilieuse grave est une maladie *endé-* dans certains climats des tropiques, et non dans tous ; « qu'elle est étrangère où ne règne pas la fièvre paludéenne ; qu'elle se rencontre, au contraire, ous ceux qui sont habités par toutes les formes graves des fièvres marem- nes (2). »

si donc, la fièvre bilieuse ne serait, au fond, qu'une fièvre paludéenne ; et, et, ses caractères de type, de marche, de durée ; les lésions qui en sont la

(1) Dutroulau, *loc. cit.*, p. 5.
(2) Idem, *ibid.*, p. 33.

suite, et qui sont identiques avec celles des fièvres intermittentes ordinaires, sont de puissants arguments en faveur de cette opinion.

Un fait important vient apporter son autorité, c'est que la fièvre bilieuse ne se développe jamais que chez des individus qui ont déjà été affectés une ou plusieurs fois de fièvres intermittentes, comme si l'intoxication paludéenne, après avoir pris possession de l'individu par ses symptômes typiques ordinaires, exigeait quelque condition nouvelle avant de se manifester sous la forme de fièvre bilieuse. Et nous allons voir en effet un peu plus loin que c'est bien ainsi que les choses doivent être interprétées.

On a objecté que le quinquina est inutile ou nuisible dans les fièvres bilieuses, et l'on s'est servi de cet argument pour repousser l'idée de l'élément paludéen. Mais cette objection s'écroule quand on considère l'inefficacité et l'impuissance fréquentes de ce médicament contre les fièvres intermittentes simples et pernicieuses, tant que le malade séjourne dans le foyer paludéen.

Conditions gastro-hépatiques. — Si la cause essentielle de la fièvre bilieuse était exclusivement le miasme des marais, il n'y aurait aucun motif pour considérer cette maladie isolément, et pour démembrer ainsi le grand groupe des affections paludéennes. Mais elle comprend aussi un ensemble de symptômes bilieux dont l'influence palustre ne saurait être le point de départ; et c'est ce nouvel élément qui la distingue des fièvres marécageuses et qui en fait une maladie à part.

La fièvre bilieuse est donc complexe et résulte de l'assemblage de deux états morbides différents. En pathologie générale, on ne saurait reconnaître à une même maladie deux causes productrices; mais il faut bien comprendre qu'ici l'une des causes est prédisposante et l'autre déterminante, et que, dès lors, la maladie ressemble beaucoup à ces affections qui, sous l'influence d'une *constitution médicale*, prennent une apparence particulière. Dans la fièvre bilieuse, la cause productrice ou déterminante, c'est l'influence palustre; la cause modificatrice réside dans la disposition bilieuse propre aux pays chauds, et que lès influences météorologiques ont créée de longue main.

Voici donc comment il faudrait comprendre la production ou la *genèse* de la fièvre bilieuse grave : Si un étranger arrive dans un pays chaud, il peut être soumis rapidement à toutes les influences de chaleur, d'humidité, d'intoxication paludéenne, mais il n'aura pas la fièvre bilieuse. Que si, au contraire, il y a fait un long séjour, la suractivité des fonctions gastro-hépatiques s'est développée; une énergie inaccoutumée se manifeste dans l'appareil biliaire, à tel point que le foie a pu, avec juste raison, être désigné sous le nom de *poumon des pays chauds.*

Que va-t-il résulter de là? C'est que toutes les causes morbides retentiront sur cet appareil et qu'elles y auront ou qu'elles y emprunteront leurs principales manifestations. De l'aveu de tous les auteurs, toutes ou presque toutes les maladies de ces climats s'accompagnent de symptômes bilieux. Ainsi la prédominance hépatique de toute la constitution, la tendance aux phénomènes bilieux, sont un effet nécessaire de l'action des pays chauds. Mais il y a indépendance complète entre ces phénomènes et les maladies paludéennes. Il ne peut y avoir association que là où les influences palustres et les causes bilieuses agissent simultanément.

Quant à la subordination de ces causes, elle est nettement appréciée par tous les

; l'élément palustre prédomine et l'élément hépatique s'y adjoint seconent pour lui imprimer seulement une forme particulière.

ure. — De ces faits il est facile de conclure à la nature de la maladie, surtout joint la connaissance des lésions anatomiques et particulièrement celle de gement de la rate. La fièvre bilieuse grave appartient au groupe des fièvres matiques survenant chez des individus dont les climats chauds ont développé sition bilieuse. Elle perd alors les caractères extérieurs les plus tranchés de res, et les laisse dominer et masquer par des symptômes bilieux prédomi-

ntenant peut-on dire que la fièvre bilieuse grave soit la même chose que la *endémique* des pays chauds? Non, assurément. La *grande endémique* s une; c'est un groupe de maladies plutôt qu'une maladie particulière. Elle pose des hépatites, des dysenteries, des fièvres paludéennes et de la fièvre elle-même, maladies dissemblables dans d'autres climats, mais qui, dans trées intertropicales, forment un faisceau morbide réuni par une disposition ne et dominante, l'apparition des symptômes bilieux. La fièvre bilieuse n'est donc qu'une partie, qu'un élément de la grande endémique.

§ III. — Symptômes et formes.

s croyons ne pouvoir pas mieux faire que d'emprunter à M. Dutroulau sa desn succincte et très intéressante de la fièvre bilieuse :

uand on examine attentivement les particularités de phénoménisation symique que présente la fièvre bilieuse grave suivant le climat où on l'observe, conduit à lui reconnaître deux formes assez tranchées : l'une où les carace pyrexie et de maladie bilieuse sont le mieux accusés et semblent le moins ncer les uns les autres; l'autre où l'intensité et la concentration des phénomasquent jusqu'à un certain point la nature de la fièvre, et gênent plus ou l'explosion extérieure des symptômes bilieux. C'est à Madagascar qu'on renle type le plus pur de la maladie, aux Antilles qu'elle s'éloigne le plus de ce r la gravité et la complexité des symptômes. Nous aurons soin, tout en nt les particularités, d'insister sur les caractères qu'elle présente, à un degré nt seulement, dans tous les climats.

premier fait à constater, c'est que toujours il y a eu une ou plusieurs attaun ou plusieurs accès de fièvre paludéenne simple, avant l'invasion de la bilieuse; puis, quand celle-ci se caractérise, c'est tantôt avec le type intert ou rémittent qu'elle apparaît, tantôt avec le type continu, et dans ces deux uccession et la physionomie de ces symptômes diffèrent.

ns le premier cas, qui indique toujours une moindre gravité, au début du et qui s'observe plus souvent à Madagascar, mais se rencontre aussi dans res climats, elle est quelquefois précédée de prodromes pendant lesquels commence déjà à se manifester; puis vient le stade de frisson, qui ne difrien du frisson ordinaire de la fièvre, et pendant lequel se montrent, avec ractère propre, les symptômes dont l'ensemble constitue l'état bilieux.

ictère, qui est le premier de ces symptômes, ne tarde pas à se généraliser, et promptement une teinte foncée, qualifiée, suivant les observateurs, de jaune

d'ocre, de jaune orange, de jaune safrané, de jaune à reflets rouges; il persiste pendant les trois stades et continue après l'accès; plus son explosion est franche et prononcée, plus le pronostic est favorable, d'après M. Lebeau.

» Le vomissement est aussi un des premiers symptômes de l'accès, et ne manque pas plus que l'ictère; il se fait ordinairement sans effort et se répète à des intervalles rapprochés quelquefois de trois minutes seulement. Il est composé d'un liquide jaune au début, mais le plus souvent vert dès le premier abord, semblable à une solution d'arséniate de cuivre, et alors d'une abondance qui peut s'élever à 2 litres pour un vomissement.

» Les selles, moins précoces et moins constantes que le vomissement, sont pourtant la règle dès ce premier stade, et présentent les mêmes caractères de couleur et de quantité que lui.

» Les urines enfin sont signalées par tous les observateurs comme ayant une couleur caractéristique, qui diffère pour tous de celle des urines ictériques ordinaires qu'on observe assez souvent dans d'autres maladies des mêmes climats. On la compare au vin de Madère, au vin de Malaga, à l'encre; on y signale enfin des proportions variables, quelquefois très considérables, de sang. Les expériences chimiques et microscopiques de M. Daullé prouvent que ce n'est pas habituellement au sang, mais seulement à la bile, qu'elles doivent leur coloration; mais les observations faites par moi et par beaucoup de médecins aux Antilles ne permettent pas de douter que le sang ne s'y rencontre, dans ce climat au moins, dans des proportions qui peuvent être très grandes. Il faut donc admettre les urines sanglantes comme un caractère de la fièvre bilieuse grave, et je ferai remarquer que c'est dans les climats où s'observe la fièvre jaune épidémique, c'est-à-dire la fièvre hémorrhagique par excellence, qu'il est le plus prononcé; c'est là aussi ce qui a valu à la maladie le nom de *bilieuse hématurique*. Des sudamina, quelquefois de véritables bulles, apparaissent à la peau pendant le cours de quelques fièvres bilieuses. Les démangeaisons, communes dans l'ictère ordinaire, ne sont pas observées.

» A ces symptômes s'en ajoutent d'autres, qui se rattachent plus ou moins directement à l'état bilieux. Le malade est inquiet, agité, gardant de préférence le décubitus dorsal, les jambes écartées, mais changeant fréquemment de position et n'en trouvant pas une qui lui convienne. Les traits n'expriment pas la souffrance; mais le facies est presque cadavéreux, malgré la date récente et souvent le peu de gravité des symptômes. La respiration est saccadée, entrecoupée, profonde et suspirieuse. A part des lassitudes dans les membres, les douleurs sont peu prononcées, et les symptômes de gastricité sont à peine marqués dans ce premier stade, qui ne se prolonge pas au delà de trois ou quatre heures.

» Le stade de chaleur apparaît bientôt, et des symptômes de fièvre ordinairement intenses viennent s'ajouter aux précédents. La tête est douloureuse quelquefois à un degré extrême; des douleurs aux lombes et aux membres se prononcent; la peau acquiert une grande chaleur et reste sèche; le pouls est dur, fréquent, battant de 90 à 120 pulsations. Tous les symptômes de l'état bilieux s'exaspèrent, bien que les excrétions, au lieu d'augmenter, diminuent, au contraire, de quantité; mais elles deviennent plus douloureuses, et les matières se colorent davantage. La soif se fait sentir plus vivement; la langue, d'abord blanche, se colore par la bile et devient plus sèche; l'anxiété épigastrique augmente, et les hypochondres, qui ne donnaient

qu'une sensation de tension, deviennent plus sensibles; des douleurs vives peuvent s'y manifester au niveau du foie ou de la rate.

» Ce stade est ordinairement assez long; il peut durer douze, quinze et vingt heures; puis la peau s'humecte et se couvre bientôt d'une transpiration abondante qui colore les draps en jaune, d'après quelques observateurs. Tous les symptômes de la fièvre tombent; les vomissements et les selles s'arrêtent; les urines deviennent limpides, et l'ictère seul persiste.

» C'est là l'accès jaune le plus ordinaire qui présente rarement des troubles de l'intelligence, et qui est suivi habituellement d'un second accès semblable, mais rarement d'un troisième, après une apyrexie complète et courte, et plus souvent après la rémittence seulement, quand le premier accès a été intense.

» La guérison est la terminaison très fréquente de cette forme; mais il y a des cas plus graves, où l'apyrexie, après le premier accès, n'est jamais complète. La peau redevient promptement sèche et brûlante; la prostration et l'agitation sont très grandes; les excrétions sont moins abondantes et changent de nature; elles sont bientôt remplacées par le coma, qui alterne avec le délire, et, bien que la guérison puisse encore avoir lieu après une durée de trente à quarante-huit heures de ces accidents, plus fréquemment cependant on les voit persister et s'aggraver encore, surtout ceux du cerveau. La langue se sèche et devient noire; les efforts de vomissement peuvent devenir incessants et s'accompagner d'une anxiété extrême et de hoquet; le pouls devient plus petit et plus fréquent, la peau froide et gluante, et le malade succombe du cinquième au septième jour.

» Dans la forme continue, plus particulière aux Antilles, et qui a reçu à la Pointe-à-Pitre le nom de *bilieuse hématurique*, j'ai déjà dit la différence que présentent les symptômes dans leur ordre de succession et dans leur physionomie. C'est par une période de fièvre inflammatoire, s'accompagnant d'ictère, que débute la maladie; puis surviennent les phénomènes de l'état bilieux, complets, mais moins accentués sous le rapport de la suffusion bilieuse, de la nature et de l'abondance des excrétions. La bile semble concentrer son action sur le sang, et déterminer des accidents plus graves d'hémorrhagie et d'ataxo-adynamie : on dirait d'un empoisonnement qui, au lieu de se terminer par l'élimination du poison, comme dans la forme intermittente, se manifeste par une action concentrique du principe de l'intoxication.

» Dans chacune de ces deux formes, dont les différences symptomatiques tiennent plus, je le répète, au degré de gravité et aux influences de localité qu'au type intermittent, rémittent ou continu, il est facile de reconnaître l'existence de deux éléments combinés, et de faire la part qui revient, d'un côté, à la fièvre proprement dite, et de l'autre à l'état bilieux. C'est dans la forme intermittente, à laquelle correspondent les symptômes les moins graves, mais aussi les mieux accusés, de l'état bilieux, qu'il faut voir les véritables caractères de la fièvre. Les trois stades, frisson, chaleur, sueur, suffisent déjà à la faire connaître comme fièvre paludéenne; mais les accès simples qui la précèdent, les rechutes et les récidives qui en sont la conséquence habituelle, ne peuvent laisser aucun doute sur cette nature des symptômes.

» Tous les médecins qui ont exercé à Madagascar sont d'accord sur ce point, que les malades qui ont eu une première attaque de fièvre bilieuse sont immanquable-

ment voués à de nouvelles attaques s'ils ne quittent pas le pays, et que souvent même, assez longtemps après l'avoir quitté, ils en sont encore repris. M. Dauvin, médecin en chef de la Réunion, a pu faire un mémoire sur les fièvres de Madagascar, dans lequel sont relatées plusieurs observations de fièvre bilieuse, recueillies dans son hôpital de Saint-Denis sur les hommes provenant de Mayotte et de Nossibé. A la Guadeloupe, M. Lherminier, pendant une pratique de trente ans, s'est assuré que la fièvre bilieuse hématurique se développe d'ordinaire chez les acclimatés, à la suite de la cachexie fébrile; qu'elle est sujette à plusieurs retours, et ne se termine par la mort qu'après trois et cinq attaques, rarement et peut-être jamais, à sa connaissance, après une seule et unique invasion (1).

» Enfin j'ai eu personnellement occasion d'observer des cas de véritable cachexie bilieuse chez des sujets soumis depuis longtemps à des rechutes de fièvre bilieuse, et conservant, dans l'intervalle des attaques, l'ictère, des mouvements fébriles irréguliers, une douleur sourde dans l'hypochondre droit, avec augmentation de volume du foie, accumulation de sérosité dans le péritoine et chloro-anémie caractéristique de la cachexie paludéenne.

» Quant à l'état bilieux, il est on ne peut mieux caractérisé quand la continuité et l'intensité de la fièvre n'en gênent pas l'explosion. Il se manifeste dès le début de l'accès, et sans symptômes de gastricité préalables, par l'ictère et par les excrétions caractéristiques, vomissements, selles et urines : c'est une véritable polycholie, à laquelle se rattachent, bien plus qu'à la fièvre elle-même, qui n'est encore qu'à son début, l'apathie, la fatigue, l'espèce de stupeur avec décubitus dorsal et la gêne de la respiration. Quand plus tard, ou dans les accès plus graves, apparaissent les douleurs, l'agitation, le coma et le délire, c'est encore à l'état bilieux qu'il faut les rapporter. Enfin, dans la bilieuse hématurique, l'appareil inflammatoire du début, l'élément hémorrhagique plus prononcé et les accidents ataxo-adynamiques plus graves, en même temps qu'ils indiquent une intensité plus grande de la fièvre, dénotent aussi une action toxique directe de la bile sur le sang. M. Monneret fait dépendre d'un changement survenu dans la composition chimique du sang, par défaut de dépuration, les hémorrhagies qui accompagnent souvent les troubles de fonction et de contexture du foie.

» Cette analyse des éléments me semble nécessaire pour expliquer tous les phénomènes de la maladie qui nous occupe. »

§ IV. — Marche, durée, terminaison, récidives, époques d'apparition.

Les auteurs qui ont écrit sur la fièvre bilieuse ne nous ont donné aucun renseignement sur ces divers points. Tout ce que l'on peut conclure de quelques phrases fort vagues, c'est que la fièvre bilieuse est une maladie assez rare; qu'elle est sujette à récidive, comme les fièvres intermittentes; qu'elle est suivie, comme ces dernières, d'engorgement du foie et de la rate, et de phénomènes de cachexie analogues à ceux des fièvres paludéennes; enfin qu'elle attaque, non les étrangers, mais les *acclimatés* (*fièvre jaune des acclimatés*), ce qui, en d'autres termes, revient à dire qu'elle ne peut se développer que chez les sujets dont les climats chauds ont éveillé la prédominance hépatique.

(1) Lettre à l'auteur.

§ V. — Anatomie pathologique.

Il peut paraître singulier que l'anatomie pathologique de cette affection soit fort mal connue. Cette absence de documents exacts tient d'abord à ce que les médecins anglais, qui ont plus que tous les autres les occasions de procéder à des recherches minutieuses, n'apportent pas dans leurs investigations toute la rigueur désirable, et ensuite à ce que la fièvre bilieuse présente des formes diverses dans les diverses stations où l'on peut l'étudier. Or, si l'on connaît assez bien ses caractères anatomiques en Égypte, il serait téméraire de conclure qu'ils sont exactement semblables dans l'Inde, aux Antilles, etc.

Le caractère anatomique le mieux accusé du côté des centres nerveux est la coloration jaune de la pulpe cérébrale et de ses enveloppes. Cette altération se montre aussi bien dans la fièvre hématurique des Antilles que dans toutes les autres formes de fièvre bilieuse. Dans le cas où il y a eu des symptômes cérébraux graves, on trouve l'engorgement des sinus, l'opacité de l'arachnoïde, un état de turgescence des vaisseaux de la pie-mère, et enfin un piqueté rouge de la substance cérébrale.

L'absence de lésions pulmonaires distingue cette maladie de la fièvre typhoïde et de la fièvre jaune. Rien du côté du cœur, si ce n'est la coloration jaune des tendons et des valvules.

L'estomac présente un peu de ramollissement de sa muqueuse, des zones de coloration rouge vers la petite courbure; il contient un liquide visqueux semblable à celui des vomissements et quelques gaz. On a trouvé quelquefois dans le duodénum une coloration noirâtre, simulant la gangrène et produite par une hémorrhagie entre les tuniques de l'organe. L'examen de cet organe est généralement négligé, et cependant il serait important de le faire avec soin, en raison des connexions du duodénum avec l'appareil hépatique. L'intestin grêle et le gros intestin ne présentent que des colorations anormales; mais on ne trouve pas de lésion des plaques de Peyer et des follicules de Brunner. Il paraît que l'attention n'a pas été fixée sur l'état des ganglions mésentériques.

La rate présente une lésion qui rappelle les fièvres paludéennes; en effet, elle est tuméfiée et ramollie avec coloration brune ou noire.

Viennent maintenant les lésions qui se rapportent plus particulièrement à l'état bilieux. Le foie est toujours altéré dans sa couleur, son volume et sa consistance. Ce n'est pas la couleur bronzée que Stewardson regarde comme caractéristique de la fièvre rémittente, c'est une teinte jaune ou brune à reflets jaunes, avec engorgement de bile ou de sang à reflets bilieux; ce n'est pas, par conséquent, la couleur anémique, l'hypertrophie partielle, la consistance sèche et cassante signalée par M. Louis, et constatée par moi, ainsi que par beaucoup d'autres observateurs, comme à peu près constante dans la fièvre jaune. Pourtant, dans la fièvre bilieuse du Caire, Greisinger (1) a constaté, par l'examen microscopique, la présence d'une grande quantité de graisse à l'état libre ou dans les vésicules, coïncidant avec l'imbibition bilieuse ou la flaccidité du foie; et l'on sait que les observations faites à Lisbonne en 1857 ont fait voir que c'est la dégénérescence graisseuse qui est le

(1) *Maladies d'Égypte*. Stuttgard, 1853 (traduction manuscrite de M. le docteur Charcot).

caractère histologique des lésions du foie dans la fièvre jaune. La vésicule et les conduits biliaires sont remplis de bile verte, épaisse, au dire de tous; leur muqueuse est enflammée, au dire de M. Lebeau; mais ce caractère, très important aussi, a été négligé par la plupart des observateurs. Le caractère bilieux le plus constant, c'est la teinte ictérique de l'enveloppe cutanée et de tous les tissus blancs, la suffusion bilieuse de tous les solides et de tous les liquides. Tout mal déterminés que soient ces caractères dans leur essence, il faut bien le reconnaître, ils suffisent cependant pour imprimer à la maladie son cachet distinctif (1). »

Bien que la maladie ait reçu dans certaines régions (Antilles), l'épithète d'*hématurique*, on ne saurait affirmer l'existence d'une *hématurie* véritable; en effet, dans les autopsies, on n'a signalé que très vaguement des hémorrhagies urinaires, l'hypérémie des reins et des plaques ecchymotiques dans la vessie.

Ces caractères, assez vagues au point de vue de l'anatomie pathologique, suffisent cependant pour séparer la fièvre bilieuse de l'hépatite, de la dysenterie, de la fièvre jaune et de quelques autres maladies à caractère bilieux des pays chauds.

§ VI. — Diagnostic.

Nous avons déjà dit que la fièvre bilieuse n'était qu'une des formes de la *grande endémique* des climats intertropicaux, et que, par conséquent, lui donner ce dernier nom c'était rester dans le vague, sans indiquer précisément la nature et l'espèce de la maladie. Ainsi donc, quand on rencontrera dans les auteurs des cas désignés sous le nom de *grande endémique*, on ne devra pas les rapporter plutôt à la fièvre bilieuse qu'à l'hépatite, à la dysenterie, aux fièvres paludéennes graves.

L'*hépatite* proprement dite doit être distinguée de la fièvre bilieuse, car elle ne reconnaît pas pour origine une cause paludéenne et résulte seulement des conditions climatériques qui exagèrent les fonctions hépatiques. « Il sera toujours facile, dit M. Dutroulau, de distinguer les symptômes très tranchés qui se localisent dans l'hypochondre droit, quand il y a hépatite et surtout abcès, du simple trouble fonctionnel, caractérisé par l'abondance des excrétions bilieuses, qui constitue l'appareil de symptômes le plus apparent de notre fièvre. L'accès fébrile qui accompagne souvent le début de la phlegmasie hépatique n'a de commun avec l'accès jaune de la fièvre bilieuse que les trois stades; l'ictère qui s'observe dans les deux maladies n'est ni aussi marqué ni aussi précoce dans la première que dans la seconde. »

L'*ictère grave* des pays tempérés ressemble à la fièvre bilieuse, et il ne lui manque « que la combinaison d'une fièvre endémique de la nature de celle qui existe sous les tropiques pour devenir fièvre bilieuse grave; l'absence des symptômes qui manquent à chacune de ces maladies isolées, mais qui peuvent naître de leur combinaison, ne répugne pas à cette supposition. » Mais il faut ajouter que l'*ictère grave* proprement dit n'a pas encore été observé dans les pays chauds.

La *dysenterie* peut s'accompagner de symptômes bilieux et même d'accidents intermittents, mais ce n'est pas pour cela la fièvre bilieuse. L'absence des vomissements, le ténesme rectal et vésical, la dysurie et l'anurie, la nature des évacuations alvines, enfin les lésions du gros intestin en font une maladie particulière et facile à distinguer.

(1) Dutroulau, *loc. cit.*, p. 27.

Dans tous les climats, et principalement sous les tropiques, la *fièvre simple* et la *ièvre paludéenne* peuvent s'accompagner de symptômes d'embarras gastrique et 'état bilieux. Mais ce qui distingue surtout ces maladies de la fièvre bilieuse, c'est peu de gravité et le peu de durée de ces accidents, et leur apparition éphémère le cours de la maladie.

La *fièvre jaune* est considérée par quelques médecins comme l'exagération de fièvre bilieuse. Cette assertion est inexacte, car il y a des degrés légers de fièvre une, et même en temps d'épidémie ce sont les plus communs ; or, aucun de ces légers ne présente la moindre ressemblance avec la fièvre bilieuse. On doit ter comme caractère distinctif important dans la fièvre jaune au début, la vulnité de la face qui lui vaudrait plutôt le nom de *fièvre rouge;* tandis que, au but également, on voit se manifester dans la fièvre bilieuse une teinte ictérique noncée, qui lui a valu le nom d'*accès jaunes*. Cependant on ne peut pas nier, après les descriptions des auteurs, qu'il n'y ait, sinon des points de contact, du oins des ressemblances entre les deux maladies, telles que les vomissements, les roubles de l'intelligence, les hémorrhagies. Mais s'il est une circonstance qui sére ces deux maladies, c'est celle de la topographie. On peut l'indiquer en quelpes mots : La fièvre bilieuse reconnaît pour cause le foyer palustre, disséminé r tous les points de la zone torride; la fièvre jaune, le foyer maritime, renfermé ns une circonscription assez restreinte de cette zone. Il faut ajouter enfin, avec Dutroulau : « L'accès multiple à trois stades, le type intermittent, la récidivité t la cachexie sont les caractères des formes les plus tranchées de la fièvre bilieuse; 'attaque unique à une ou deux périodes, le type continu, la marche aiguë, la mort rompte ou la guérison sans récidive et sans cachexie, constituent le cachet invaiable de la fièvre jaune. »

Nous ne possédons aucun document statistique propre à nous éclairer sur la ortalité de la fièvre bilieuse, et par conséquent les *caractères pronostiques* nous nquent.

§ VII. — Traitement.

« Les indications du traitement ressortent tout naturellement de la nature que us avons admise par l'analyse des lésions anatomiques, des symptômes et de tiologie. Le trouble de sécrétion du foie appelle les évacuants; le type de la fièvre clame le spécifique antipaludéen; les localisations diverses doivent être attaées individuellement. Ce n'est cependant pas toujours avec facilité et dans le me ordre que les agents du traitement peuvent être appliqués, bien que les inditions changent peu; le médecin doit s'attacher à reconnaître quel est l'élément rbide qui prédomine et s'attaquer d'abord à lui.

» Dans la forme type, dans l'accès jaune, ce qui frappe tout d'abord, c'est la néssité de modifier le dérangement que subit la sécrétion biliaire et qui produit les ndantes excrétions bilieuses. L'absence d'excitation vasculaire dans les organes, peu de gravité des réactions fébriles, au début de la plupart de ces cas, ne peut laisser aucun doute sur l'utilité et même l'urgence du traitement évacuant. péca et l'émétique vomitifs, les sels neutres purgatifs, par haut, ou bien par bas ls sont rejetés par le vomissement, ont un effet presque constant et toujours r, quand ils ont le temps d'agir. M. Gélineau nous a fait assister aux bons effets

de l'ipéca, particulièrement dans de semblables circonstances : la bile verte des vomissements et des selles devient d'abord moins abondante, prend une couleur jaunâtre, et ne tarde pas à se supprimer; les urines bilieuses ou sanglantes se modifient très rapidement, et, d'une émission à l'autre, deviennent limpides et moins abondantes. Les limonades citronées ou sulfuriques froides, à la glace même, aident à cette modification, et il est prudent de ne pas les négliger, car elles s'adressent au principe hémorrhagique qui fait souvent partie des phénoménisations morbides. Quant au calomel, qui possède l'avantage d'une facile administration, il est employé fréquemment aussi dans nos colonies; mais on n'en fait pas, comme dans les colonies anglaises, une sorte de panacée, un spécifique des maladies biliaires.

» Les évacuants ne produisent pas toujours leurs effets ; les vomissements et les selles sont quelquefois tellement répétés, qu'ils sont rejetés aussitôt qu'ingérés. C'est alors sur la surface cutanée qu'il faut agir, pour ralentir les excrétions et donner le temps aux médicaments d'agir. Des compresses trempées dans l'eau froide, à la glace, si c'est possible, et appliquées en demi-ceinture sur l'épigastre et les hypochondres, pendant que des sinapismes sont promenés sur les membres inférieurs, atteignent ordinairement ce but; si cela ne suffisait pas, un large vésicatoire volant recouvrant l'épigastre et l'hypochondre gauche, aurait une efficacité plus sûre. L'usage très fréquent que j'ai fait pendant longtemps de ce moyen contre les vomissements quelquefois opiniâtres de fièvres de toute sorte, sous les tropiques, m'a toujours donné les mêmes résultats : modification notable de fréquence, quelquefois suppression prompte et définitive. Un des médecins de Madagascar, M. Guillasse, à qui nous avons emprunté des observations, après avoir constaté l'inutilité de tout autre moyen dans certains cas, rapporte des faits où le vésicatoire sur la région gastro-hépatique a suffi seul pour couper la fièvre bilieuse. Quand ce n'est pas seulement la polycholie qui existe au début, soit que déjà des symptômes de lésions vasculaires se manifestent, soit que la fièvre à type continu présente d'abord la forme inflammatoire, ce n'est pas par les évacuants que doit commencer le traitement : aussi voyons-nous M. Lebeau, qui a constaté à l'autopsie l'inflammation de la muqueuse gastro-duodénale et de celle des conduits biliaires, débuter, dans le paroxysme, par l'application sur l'épigastre et l'hypochondre de nombreuses sangsues et de cataplasmes émollients. Aux Antilles, c'est par les sangsues à la tête, les pédiluves irritants et les sudorifiques, qu'on commence ; mais les déplétions sanguines ne doivent pas se faire par la veine, il ne faut pas perdre de vue la nature paludéenne de la fièvre et se rappeler les dangers de la saignée dans presque toutes les formes de cette fièvre. Dans tous les cas, après avoir conjuré les symptômes inflammatoires, c'est au traitement évacuant qu'il faut en venir.

» Nous venons de tracer le traitement du paroxysme bilieux; reste celui de la fièvre, dont nous connaissons la nature, et par conséquent le spécifique. C'est là un principe qu'il ne faut pas oublier; les symptômes du paroxysme ne constituent pas toute la maladie, et les moyens qui se montrent les plus efficaces pour les combattre ne suffisent pas pour obtenir la guérison radicale de la fièvre. Seulement il faut s'attendre, par suite de la disposition particulière aux évacuations par les vomissements et les selles répétés, à ce que le sulfate de quinine ne soit pas toujours bien toléré. En profitant des moments d'intermittence ou de rémittence,

elques gouttes de laudanum ajoutées à la solution de sulfate de quinine, et la ie du rectum employée au besoin, suffisent presque toujours à obtenir la tolé- ance, et permettent d'administrer au moins 2 grammes du spécifique entre les ccès. Quand la fièvre est continue, la difficulté est plus grande ; mais elle ne doit s faire renoncer entièrement à l'administration du médicament, que je regarde, ur mon compte, comme très importante. Il faut alors profiter de tous les mo- ents de repos que laissent les évacuations morbides. Je suis convaincu que c'est défaut d'attention ou de persistance qu'il faut attribuer l'insuccès prétendu de médicament, et la conclusion qu'on en a tirée de la nature non paludéenne de fièvre bilieuse.

» Je m'empresse de dire cependant que l'expérience m'a appris, comme à la plu- art des médecins qui pratiquent depuis longtemps dans les climats palustres de zone torride, que la fièvre bilieuse est peut-être, de toutes les formes de fièvre rave, celle où le sulfate de quinine doit être le moins longtemps administré ; deux trois jours de traitement et 4 à 6 grammes du médicament en tout m'ont tou- urs paru suffisants pour conjurer les dangers de la complication paludéenne. ontinué plus longtemps, le traitement quinique peut constituer un danger, et l'on est pas éloigné, à la Pointe-à-Pitre, d'attribuer à l'abus qu'on en faisait autre- is les accidents hémorrhagiques, qui étaient bien plus fréquents alors qu'aujour- l'hui. Je me plais à citer, à l'appui de cette opinion, l'autorité de M. Lherminier, ui a remarqué que dans le temps où l'on bourrait littéralement les malades de uinine, ils ne s'en trouvaient pas mieux, et que les fièvres qui résistaient à cette médication cèdent aujourd'hui aux purgatifs. M. Laure, à Cayenne, dit aussi que le ulfate de quinine ne convient plus à une époque avancée, et il emploie les purga- tifs. De mon côté, j'ai toujours opposé les sels neutres et le calomel aux phéno- mènes bilieux persistants. Les accidents typhoïdes qui terminent quelquefois la fièvre bilieuse continue ou devenue continue doivent être combattus par des moyens appropriés, qui n'empruntent rien de particulier à la nature de la maladie ; quand il ne reste plus qu'un mouvement fébrile avec sécheresse de la peau, comme cela arrive quelquefois, l'ammoniaque liquide ou le sous-acétate en potion constitue un excellent remède. »

LIVRE DEUXIÈME

Maladies générales et constitutionnelles.

Sous cette dénomination, nous décrirons : le *rhumatisme articulaire aigu*, le *rhumatisme articulaire chronique*, le *rhumatisme musculaire*, la *goutte*, la *scrofule*, la *syphilis*, le *cancer*, la *mélanose*, le *tubercule*, la *phléthore*, l'*anémie*, la *chlorose*, la *leucocythémie*, le *scorbut*, la *diphthérite*, le *rachitisme*, l'*ostéomalacie*, la *glycosurie*, l'*hippurie*, la *maladie d'Addison*.

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES SUR LE RHUMATISME EN GÉNÉRAL.

[Le mot *rhumatisme*, vague par lui-même, et pour ce motif excellent, s'applique à des affections d'apparences diverses. Les unes sont chroniques, apyrétiques; les autres sont aiguës, fébriles; mais elles se traduisent toutes par des douleurs dans les muscles ou dans les articulations : ici avec tuméfaction, rougeur, épanchement de liquide; là sans gonflement; dans tous les cas, la mobilité, la facilité de leur déplacement est extrême; il n'y a nulle tendance à la suppuration; la guérison *spontanée* est la règle; la tendance à la récidive, extrême; l'influence héréditaire est marquée ; enfin, il y a, dans les cas les plus aigus, disposition à l'envahissement des séreuses profondes (méninges, péricarde, plèvre, péritoine), et ces localisations sont plus graves ou plus persistantes que celles des organes extérieurs. L'augmentation de la plasticité du sang, la fièvre inflammatoire, la résolution rapide de ces affections, leur tendance à se reproduire sous l'influence du *froid*, sont encore d'autres caractères qui signalent leur origine et leur nature.

Cet ensemble de caractères a autorisé, avec juste raison, les auteurs à faire un groupe pathologique naturel du rhumatisme articulaire aigu, du rhumatisme articulaire chronique, et de celui des muscles et des parties fibreuses. Pour faire une description complète, nous devrions y joindre les rhumatismes viscéraux comme ceux du cœur, des méninges, de l'estomac, de l'utérus, mais cette étude nous entraînerait trop loin; et d'ailleurs on trouvera des détails suffisants sur ces différents sujets, dans les maladies de chacun de ces organes en particulier.

Nous décrirons successivement le *rhumatisme articulaire aigu*, le *rhumatisme articulaire chronique*, le *rhumatisme musculaire*, et nous dirons quelques mots des affections que l'on qualifie de rhumatismales, comme le rhumatisme de différents viscères (utérus, estomac, cœur).]

ARTICLE Ier.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

La maladie dont je vais donner la description est une de celles qui ont le plus occupé les médecins, et jamais peut-être elle n'avait soulevé autant de discussions que dans ces dernières années. Cependant elle a été connue dès une haute antiquité, puisque Arétée en fait mention d'une manière très positive. Néanmoins c'est

à Sydenham (1) qu'on rapporte la première description qui ait une importance majeure. Après lui, on a cité principalement Stoll et Barthez, et les auteurs du *Compendium* ont, avec raison, placé au premier rang des auteurs qui, avant ces derniers temps, ont tracé l'histoire du rhumatisme, Cullen qui en a donné une description complète. La thèse de Chomel (2) est ensuite le travail le plus important sur cette maladie. Requin (3) a publié plus tard un traité du rhumatisme, d'après les leçons de Chomel, et en s'appuyant sur de nouvelles observations. Enfin, M. Bouillaud a fait paraître sur ce sujet, dans ces dernières années, plusieurs publications que je ne veux pas apprécier actuellement (4), parce que, dans le cours de cet article, j'aurai plusieurs fois à discuter les questions qu'elles ont soulevées.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

S'il fallait en croire un certain nombre d'auteurs, et en particulier M. Bouillaud, il suffirait de dire que le rhumatisme articulaire aigu est une inflammation aiguë des articulations, pour donner une définition exacte de la maladie qui nous occupe ; mais nous devons entrer dans quelques explications à ce sujet. Tout le monde convient que l'inflammation n'est pas connue dans son essence ; le mot *inflammation* n'est autre chose qu'une dénomination commune appliquée à un certain nombre d'états pathologiques qui ont entre eux une grande ressemblance. Or, en procédant ainsi, on a nécessairement laissé de côté les dissemblances ; on a groupé les affections suivant les rapports plus ou moins nombreux qu'elles ont entre elles, laissant à celui qui voudrait les étudier plus particulièrement le soin d'en noter les différences ; mais, comme on sait, ces différences méritent d'être considérées avec grand soin, quand on s'occupe de pathologie spéciale. Tant qu'il s'agit d'affections qui n'ont de dissemblance que par leur siége, leur intensité, la présence ou l'absence de symptômes généraux, il est peu important de tenir compte des nuances, et le groupe des phlegmasies reste très légitime. Mais si les dissemblances deviennent très considérables, si elles portent sur des caractères tranchés qui donnent à certaines affections une physionomie toute particulière, le rôle du pathologiste spécial commence ; peu importe que l'affection qui se distingue ainsi des autres ait avec elle le plus grand nombre des caractères communs qu'on leur a reconnus, il faut lui assigner une place à part dans le cadre nosologique. Or, c'est précisément ce qui a lieu pour le rhumatisme articulaire, et ceux qui veulent en faire une inflammation semblable à une pneumonie, à une pleurésie, etc., l'ont bien senti, puisqu'ils se sont efforcés, au point de vue de l'anatomie pathologique du moins, d'amoindrir la différence qui existe entre cette affection et les phlegmasies ordinaires.

Il résulte de ces considérations, auxquelles la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine (5) n'a rien enlevé de leur valeur, que le rhumatisme

(1) *Opera omnia medica.*

(2) *Essai sur le rhumatisme.* Thèse, Paris, 1813, reproduite dans l'ouvrage de Requin.

(3) *Leçons de clinique médicale* (*Rhumatisme et goutte*). Paris, 1837.

(4) *Traité clinique du rhumatisme articulaire et de la loi de coïncidence des inflammations du cœur avec cette maladie.* Paris, 1840, in-8.

(5) *Bulletin de l'Acad. de médecine.* Paris, 1850, t. XV, p. 804 et suiv.

articulaire aigu doit être défini non-seulement par les caractères qui le rapprochent des inflammations ordinaires, mais encore par ceux qui l'en éloignent, et voici la définition que je propose :

Le rhumatisme articulaire aigu est une maladie des articulations caractérisée par la rougeur, la chaleur, la tuméfaction des parties, la fièvre, l'augmentation de la fibrine du sang, phénomènes qui le rapprochent des inflammations ordinaires, et, en outre, par la mobilité des symptômes locaux, par la rapidité avec laquelle les parties reprennent leurs fonctions, à moins que l'affection ne passe à l'état chronique, par la non-existence de la suppuration dans les articulations malades, et par l'intensité relativement moindre du mouvement fébrile.

On voit que ces considérations sont toutes pratiques, et que je n'ai pas cherché à discuter si le rhumatisme est le résultat d'un liquide âcre se formant dans les parties, s'il est un effort hémorrhagique, une fluxion, etc. Ces discussions me paraissent oiseuses, tandis que les signes différentiels que j'ai signalés sont bien loin de l'être, puisque déjà nous pouvons voir qu'ils tracent entre l'arthrite, qui est une véritable inflammation, et le rhumatisme articulaire, une ligne de démarcation tranchée. Qu'on appelle, si l'on veut, ce dernier une inflammation spéciale, on ne peut s'y opposer, parce que, par le mot *spécial*, on peut comprendre des dissemblances profondes ; mais dire que le rhumatisme articulaire est une phlegmasie comme l'angine, l'hépatite, la pneumonie, c'est ce qui est inadmissible. Je reviendrai, du reste, sur ce point.

Cette maladie a été aussi décrite sous les noms de *fièvre rhumatique*, d'*arthrite*, d'*arthritis*, d'*arthrite rhumatismale*, d'*arthrodynie*, de *douleurs rhumatiques* ou *rhumatismales*.

La fréquence du rhumatisme articulaire est grande. Nous verrons plus loin dans quelles conditions il se produit particulièrement.

§ II. — Causes.

Les causes du rhumatisme articulaire aigu ont été recherchées par un assez bon nombre d'auteurs, mais avec des résultats très divers. Des discussions se sont élevées sur plusieurs points de cette étiologie importante, qu'il est par conséquent nécessaire d'étudier avec soin.

1° Causes prédisposantes.

Age. — Il est rare que cette affection se montre avant l'âge de douze à quatorze ans. MM. Rilliet et Barthez (1) n'ont jamais observé le rhumatisme articulaire avant l'âge de sept ans. C'est de quinze à trente ans, suivant les recherches de Chomel et Requin, que la fréquence de la maladie est la plus grande, ou plutôt que la maladie se montre le plus souvent pour la première fois, ce qui est, en effet, le point important à étudier ici. Vient ensuite la période de trente à quarante-cinq ans ; puis, à mesure qu'on avance en âge, on devient de moins en moins exposé à éprouver une première attaque de rhumatisme. Ce résultat, obtenu par

(1) *Traité des maladies des enfants*, t. I, p. 696.

ces auteurs de l'analyse de 73 cas, aurait une valeur plus grande, ainsi que ceux que nous consignerons tout à l'heure, si la goutte et le rhumatisme avaient été étudiés séparément.

Sexe. — Nous ne possédons pas, relativement à l'influence du sexe, des statistiques semblables à celles que les auteurs nous ont données sur l'influence de l'âge. Cela est fâcheux, parce que, de la plus grande fréquence de cette maladie chez un sexe que chez l'autre, on a tiré d'autres conséquences étiologiques dont la valeur serait beaucoup plus grande si l'on avait les proportions exactes. M. Lyon (1) est le seul qui ait fait de semblables recherches, et il a trouvé que le rhumatisme est plus commun chez les hommes, et que la proportion est : : 10 : 7. Cette proportion ne s'accorde pas parfaitement avec l'opinion des auteurs qui avancent que le rhumatisme articulaire est *beaucoup* plus fréquent chez l'homme que chez la femme, car évidemment on la supposait plus forte.

Nous n'avons rien de bien positif à dire sur l'influence de la *constitution* et du *tempérament*. C'est une opinion généralement admise, que les sujets d'une constitution robuste et d'un tempérament sanguin sont les plus exposés à cette affection. D'un relevé de faits observés par Chomel, il résulte que le tempérament sanguin s'est montré fréquemment.

Saisons. — Le docteur Lyon (2) ayant rassemblé des cas de rhumatisme, au nombre de 291 sur 3 561 sujets affectés de maladies de toute espèce qui ont été observés à l'infirmerie royale de Manchester pendant une période de dix ans, a trouvé que le maximum de fréquence de cette maladie s'est montré en avril et en mai (10 et 12 pour 100), et le minimum en août et en septembre (4 et un peu plus de 5 pour 100). Il est à désirer que ces recherches soient continuées. Elles s'accordent, du reste, avec l'opinion générale, qui place la plus grande fréquence du rhumatisme articulaire aigu dans les saisons froides et humides, et la moins grande dans les saisons chaudes. Les mêmes remarques s'appliquent à l'influence des climats.

Hygiène. — On a dit que le rhumatisme articulaire se montre particulièrement chez ceux qui ont une *nourriture fortement animalisée*, qui boivent beaucoup de *liqueurs alcooliques*; qui font des *excès de table*, des *excès vénériens* et de toute espèce; qui mènent une *vie sédentaire*, etc. Mais je n'insiste pas sur toutes ces causes prédisposantes, parce que les recherches n'ayant pas été faites d'une manière précise, nous nous exposerions à avancer des propositions inexactes ou exagérées.

Hérédité. — Tout le monde admet l'influence de l'hérédité sur la production du rhumatisme articulaire aigu. Chomel et Requin nous ont donné à ce sujet un relevé statistique; mais malheureusement, ainsi qu'on l'a déjà fait remarquer, ces auteurs ont négligé de nous faire connaître séparément ce qui se rapporte au rhumatisme et ce qui se rapporte à la goutte, en sorte que les résultats ne sont précis ni pour l'une ni pour l'autre de ces maladies. Chomel et Requin, admettant que ces deux affections sont de la même nature, ont cru pouvoir se dispenser de les séparer dans leur analyse étiologique; mais le praticien voit avec

(1) *London med.-chir. Review*, juillet 1841.
(2) *Ibid.*

regret cette confusion, parce qu'il existe entre le rhumatisme et la goutte d'assez grandes différences pour qu'on puisse supposer que ce qui produit l'un ne soit pas nécessairement une cause de l'autre.

2° Causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles, celle à laquelle on a fait jouer le plus grand rôle est incontestablement l'*action du froid* sur le corps en sueur, un refroidissement brusque, quel qu'il soit. Sydenham, Stoll, Boerhaave, ont regardé cette cause comme très puissante, et, dans ces derniers temps, M. Bouillaud a particulièrement insisté sur son influence à laquelle il accorde une très grande importance, et qu'il regarde même comme la seule cause réelle. Il s'étonne qu'on puisse avoir le moindre doute sur ce point. Cependant, lorsqu'on étudie attentivement les faits, et lorsqu'on ne se contente pas, comme le fait cet auteur, des premières assertions des malades, on voit que les doutes sont bien permis. Sur 52 malades affectés de rhumatisme articulaire aigu, M. Bouillaud en a trouvé 38 qui, selon lui, devaient leur maladie à l'action brusque du froid, et surtout du froid humide, et en outre il ajoute que, sur 38 sujets, 25 exerçaient des professions qui les exposaient à de fréquentes alternatives de chaud et de froid. Relativement à ces derniers faits, je ferai d'abord observer qu'ils ne fournissent pas une preuve très convaincante, attendu qu'ils ont été recueillis dans les hôpitaux, où, comme chacun sait, la grande majorité de ceux qui sont admis se trouve dans de semblables conditions. Quant à la proportion des cas dans lesquels la cause de la maladie a paru à M. Bouillaud être un refroidissement, on ne peut juger sa valeur qu'en examinant les observations. Or, rien ne prouve, dans les observations de M. Bouillaud, qu'on ait eu, pour fixer son jugement, autre chose que les premières assertions des malades. Comme pour la pneumonie, il a suffi que le malade attribuât sa maladie à un refroidissement pour qu'il fût cru sur parole. Cette manière de procéder expose à de trop graves mécomptes pour qu'elle puisse être acceptée sans contestation. Tous les jours nous interrogeons, surtout dans les hôpitaux, des malades qui attribuent certaines maladies, et en particulier le rhumatisme articulaire, à un refroidissement subit, ou à des refroidissements plus ou moins répétés; mais quand on veut plus de précision, on ne tarde pas à s'apercevoir que, par cette assertion, les malades expriment plutôt leur opinion personnelle qu'un fait positif, et, d'un autre côté, dans la pratique civile, nous trouvons des faits nombreux dans lesquels rien ne prouve qu'un refroidissement ait existé. J'engage les praticiens à interroger attentivement, sous ce point de vue, et sans s'arrêter aux premières affirmations, les sujets soumis à leur observation, et ils se convaincront bientôt que ce que j'avance n'a rien d'exagéré. Pour moi, j'ai toujours soin d'agir ainsi, et j'ai trouvé que la proportion des cas dans lesquels on peut attribuer l'affection à un refroidissement subit est réellement minime. C'est, au reste, un résultat auquel sont parvenus, en procédant de la même manière, Chomel, Requin et M. Grisolle. Ce dernier auteur (1), analysant avec soin neuf cas de rhumatisme articulaire aigu, n'en a trouvé que deux dans lesquels l'existence de cette cause fût démontrée. En somme, les faits rapportés par M. Bouillaud n'ayant pas la valeur que quelques

(1) *Journal hebdomadaire*, 1836.

médecins leur ont trouvée, et l'interrogatoire attentif des malades ne confirmant pas son opinion, nous ne pouvons accorder à l'action brusque du froid qu'une influence limitée, et bien moins grande que celle qui lui est attribuée par cet auteur.

Chomel et Requin pensent que l'*action prolongée du froid* est plutôt la véritable cause du rhumatisme articulaire aigu; c'est ce que nous porte à admettre l'influence bien démontrée des saisons et des climats. Mais on doit convenir que, pour connaître exactement le degré d'action de cette cause, il faudrait des recherches plus précises et une meilleure analyse des faits observés.

On a regardé comme une cause de rhumatisme articulaire aigu la *suppression de divers flux*, et surtout la *suppression du flux menstruel*, et du *flux hémorrhoïdal;* mais il nous manque, pour nous fixer sur ce point, des preuves convaincantes, et, en admettant même que ces causes aient agi quelquefois, il faut reconnaître qu'on ne les a constatées que dans des cas bien peu nombreux.

Faut-il regarder comme un rhumatisme articulaire aigu les douleurs des articulations qu'on observe chez un certain nombre de *femmes en couches?* Les femmes, dans ces conditions, peuvent être prises d'un rhumatisme articulaire, comme elles le seraient dans toute autre circonstance; mais rien ne prouve, d'une part, que l'état puerpéral les expose particulièrement à contracter cette affection; et, d'autre part, que par cela seul que le rhumatisme s'est développé chez une femme en couches, il doive présenter des caractères particuliers. D'un autre côté, il est bien démontré aujourd'hui que, dans un bon nombre de cas où l'on a décrit un rhumatisme articulaire aigu chez les femmes en couches, on avait affaire à une affection différente, et qu'il s'agissait de l'inflammation des articulations, de l'*arthrite puerpérale*, qui diffère beaucoup du rhumatisme, comme nous le verrons plus loin; car je serai obligé de revenir sur ce point important à l'occasion du diagnostic.

A la suite de la *suppression brusque d'une blennorrhagie*, on a vu une ou deux articulations se prendre, et quelques auteurs ont trouvé dans cette affection articulaire un rhumatisme.

Les *excès vénériens* sont-ils une cause déterminante bien démontrée du rhumatisme articulaire aigu? Requin cite deux cas dans lesquels l'apparition du rhumatisme a suivi de près des excès de ce genre. Mais deux cas sont-ils suffisants pour établir l'existence de cette cause, et n'y a-t-il pas plutôt une simple coïncidence?

On a vu quelquefois des douleurs articulaires se développer, soit dans le cours, soit plus particulièrement au déclin de la *scarlatine*. M. Pidoux (1) a constaté six fois le fait dans huit cas où l'éruption scarlatineuse n'avait pas été prononcée. L. Murray (2) a observé des cas semblables. M. Grisolle en a rapporté deux très remarquables, et récemment chez une petite fille de neuf ans et demi, j'ai vu, au moment où l'exfoliation commençait, les articulations des pieds et les poignets présenter la douleur, la rougeur, le gonflement qui caractérisent le rhumatisme articulaire aigu, et la fièvre reprendre un peu d'intensité. Y a-t-il, dans les cas de

(1) *Journal des connaiss. méd.-chir.*, 3e année, p. 27.
(2) *Med. chir. Journal*, t. XXXIII. Edinburgh.

ce genre, un véritable rhumatisme articulaire aigu? Rien ne porte à penser le contraire, car l'affection a toujours suivi la marche du rhumatisme, et en a présenté tous les phénomènes. Un seul fait m'a frappé dans les observations dont j'ai pu prendre connaissance : c'est que, dans les cas dont il s'agit, on ne voit pas une aussi grande mobilité de la maladie, et surtout des retours aussi fréquents des douleurs articulaires. Ainsi, une fois la douleur disparue dans une articulation, elle ne s'y reproduit plus, comme dans le rhumatisme aigu ordinaire. Je reconnais, du reste, que ce point demande de nouvelles recherches.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes du rhumatisme articulaire aigu sont si caractéristiques, que leur description est, de toute l'histoire de la maladie, celle qui laisse le moins à désirer. Cependant j'aurai à signaler quelques particularités qui ne sont pas connues aussi généralement qu'elles devraient l'être.

Début. — Le début de cette affection a lieu, comme celui de beaucoup d'autres maladies aiguës, de trois manières différentes. Quelquefois un mouvement fébrile marqué (malaise, frissons, chaleur, courbature, etc.) existe, pendant un espace de temps assez considérable (jusqu'à quinze, vingt-quatre heures et plus), avant que les phénomènes locaux se manifestent. Ce sont surtout ces cas que quelques auteurs ont eus en vue quand ils ont donné à la maladie le nom de *fièvre rhumatismale.* Plus fréquemment, les symptômes généraux se manifestent à très peu près en même temps que les symptômes locaux; et enfin on voit, dans un certain nombre de cas, des douleurs plus ou moins vives exister pendant un ou plusieurs jours et finir par présenter tous les caractères du rhumatisme articulaire, avant que le mouvement fébrile se soit déclaré. Passons maintenant en revue les symptômes importants.

Symptômes de la maladie confirmée. — *Symptômes locaux.* — Le symptôme le plus constant est la *douleur.* Elle est très variable, mais en général vive, quel que soit d'ailleurs le degré du rhumatisme considéré d'une manière générale. En effet, on voit tous les jours une, deux ou trois articulations prises chez un sujet, au point que la douleur les rend immobiles, sans que pour cela l'affection soit très violente.

La douleur, dans les cas les plus ordinaires, est d'abord peu intense; parfois même elle ne consiste que dans un sentiment de tension et de gêne, et, ainsi que le fait remarquer Requin, le premier signe qu'en donne le malade, c'est de se frotter instinctivement les articulations affectées. Mais, au bout d'un temps ordinairement assez court, la douleur augmente notablement et présente les caractères suivants :

Lorsque le membre est dans le repos, la douleur est assez supportable; cependant quand l'affection est très intense, on note l'existence d'élancements douloureux qui traversent l'articulation, ou de déchirements dont les malades se plaignent vivement. La *pression* exercée sur la partie malade réveille ordinairement la douleur, surtout dans certains points : c'est ainsi que, par exemple, dans le rhumatisme du genou, la pression exercée au-dessous du condyle interne du fémur et sous le jarret, est ordinairement plus douloureuse que partout ailleurs.

Mais il n'y a aucune comparaison à établir entre la douleur provoquée par la pression et celle que détermine un *mouvement imprimé à l'articulation*. Pour peu que la maladie ait de l'intensité, cette douleur est tout à fait insupportable. Aussi les malades ne peuvent ordinairement, au plus fort de la maladie, faire aucun mouvement dans leur lit, et ils poussent des cris dès qu'on veut les changer de position. Souvent la position qu'ils ont prise, et qui d'abord les a soulagés, finissant par être incommode, il y a un mouvement à peu près involontaire pour en changer, et aussitôt les souffrances deviennent intolérables. Il résulte de cela que le meilleur moyen de s'assurer du degré de douleur est d'imprimer aux membres de légers mouvements ; mais le praticien doit procéder à cet examen avec les plus grands ménagements, de crainte de produire de trop vives souffrances.

La *rougeur de la peau* se montre ordinairement sur les articulations malades ; mais ce phénomène n'est pas constant. C'est surtout sur les articulations superficielles qu'on le remarque : ainsi aux articulations fémoro-tibiales, tibio-tarsiennes, radio-carpiennes. Dans les articulations couvertes d'une grande épaisseur de parties molles (les articulations coxo-fémorales et scapulo-humérales), on n'observe aucun changement à la peau.

La rougeur n'est pas vive : c'est une coloration rose un peu foncée, diffuse, sans limites précises (*roséole rhumatismale*, Bouillaud). Dans certains cas, cette coloration n'existe pas, même lorsque ce sont les articulations superficielles qui sont affectées; toutefois il faut, ainsi que le recommande Requin, avoir égard au phénomène suivant : « La peau, sous la pression du doigt, paraît, dit-il, bien plus blanche sur une partie affectée de rhumatisme que sur une partie saine. » Cela annonce un peu d'injection, qui ne donne à la peau qu'une nuance difficile à saisir, mais réelle.

Le *gonflement* est, comme la rougeur, d'autant plus évident que l'articulation est revêtue d'une plus petite épaisseur de parties molles : c'est ainsi qu'il est surtout remarquable aux articulations des doigts, des orteils, du poignet, du genou, du coude. A la hanche et aux épaules, on n'aperçoit pas, au contraire, de tuméfaction marquée : c'est une particularité que je rappellerai à l'occasion du diagnostic, et que j'ai constatée après plusieurs autres auteurs, et notamment M. Louis et Chomel. La tuméfaction est en général d'autant plus considérable que l'affection est plus violente et que la douleur est plus vive.

Dans certaines articulations, et surtout dans l'articulation du genou, on peut s'assurer facilement que, chez un assez bon nombre de sujets, la tuméfaction est due à l'épanchement, dans l'article, d'une certaine quantité de sérosité. La rotule est, en effet, soulevée et mobile, et les bourses synoviales sont tendues et font une saillie notable. Dans ces articulations, comme dans les autres, la tuméfaction est due également à un afflux des liquides dans les tissus qui recouvrent l'articulation.

De tout cela il résulte que les articulations malades ont perdu leur forme naturelle, qu'elles sont beaucoup plus arrondies, que les saillies des os ne s'y dessinent plus nettement ou ne peuvent plus s'y distinguer.

Requin, ayant décrit avec soin l'attitude que prennent naturellement les membres affectés de rhumatisme articulaire, je lui emprunte le passage suivant : « Il y a, dit-il, une *attitude particulière*, et pour ainsi dire d'élection, pour chaque articulation. Si l'affection arthritique envahit les phalanges, celles-ci demeurent

ordinairement en état d'extension. Dans le rhumatisme du genou, l'extension de de la jambe sur la cuisse est aussi la situation la plus ordinaire; néanmoins, en certains cas où l'articulation fémoro-tibiale n'est que partiellement rhumatisée, le genou reste fléchi. Le coude rhumatisé se tient dans la demi-flexion. Il n'y a possibilité ni d'extension, ni de flexion complète. Ainsi donc l'attitude spéciale du malade appelle de prime abord l'attention du médecin sur le point affecté, et commence le diagnostic. »

La *chaleur* est plus élevée au niveau des articulations malades que dans toutes les autres parties du corps, et c'est surtout la réunion de ces symptômes locaux, rougeur, gonflement, chaleur, douleur, joints à un mouvement fébrile plus ou moins intense, qui a fait regarder le rhumatisme articulaire aigu comme une inflammation.

Du côté des *voies digestives*, on trouve l'état suivant : La langue est généralement blanche, quelquefois rouge à la pointe ; l'appétit est perdu ; la soif est plus ou moins vive ; dans certains cas très intenses, il y a quelques nausées, quelques vomissements bilieux ou fades, des douleurs épigastriques, symptômes notés par M. Louis, dans les premiers jours ; mais généralement l'anorexie est le seul symptôme gastrique. Le *ventre* ne présente ordinairement rien de remarquable, si ce n'est une légère constipation. Dans une faible minorité des cas, il y a au contraire de la diarrhée. M. Louis, qui, dans son *Traité de la fièvre typhoïde*, a étudié avec soin les symptômes généraux du rhumatisme, pour les comparer à ceux de la maladie dont il s'occupait, et qui, par conséquent, nous a fourni d'excellents matériaux dont nous devons nous servir, a trouvé la diarrhée (1) huit fois sur cinquante-sept sujets ; mais elle ne fut persistante et un peu opiniâtre que dans deux cas. Dans les cas de diarrhée seulement, existent les douleurs de ventre signalées par le même auteur.

Les *voies respiratoires* ne présentent, dans le plus grand nombre des cas, rien de remarquable. Chez la cinquième partie des sujets qu'il a observés, M. Louis (2) a noté un peu de toux, à une époque peu éloignée du début. Dans un cas que j'ai vu récemment, il y a eu complication de *bronchite capillaire*, et la toux a été par conséquent très intense.

Si, relativement à l'état des *voies circulatoires*, nous n'examinons d'abord que les cas non compliqués, voici ce que nous trouvons : Le pouls est presque toujours régulier, un peu large et élevé. Sa fréquence n'est pas très considérable, et M. Louis (3) a constaté d'une manière très précise qu'il est notablement moins fréquent que dans la fièvre typhoïde, la pneumonie, les fièvres éruptives et l'érysipèle de la face. Il n'a, en effet, atteint ou dépassé 90 pulsations que dans 3 cas sur 57.

Mais tout le monde sait que, dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, un peu plus souvent que dans les autres affections fébriles, il survient une *complication du côté du cœur*. Cette complication consiste dans le développement soit d'une péricardite, soit d'une endocardite. Ce n'est pas ici le lieu d'apprécier l'importance

(1) *Rech. anatomo-pathol. sur la maladie connue sous le nom de fièvre typhoïde*, etc., 2e édit. Paris, 1841, t. I, p. 443.
(2) *Loc. cit.*, t. II, p. 159.
(3) *Loc. cit.*, t. II, p. 143.

ette coïncidence qu'on a exagérée outre mesure, et qui a été fort mal étudiée ; eviendrai plus loin. Je me contenterai de dire ici que lorsque cette complica-, beaucoup plus rare que ne le prétend M. Bouillaud, s'est établie, on observe ôté du cœur les symptômes que je décrirai aux articles consacrés à la péricar-aiguë et à l'endocardite (1), c'est-à-dire, pour la *péricardite :* voussure, ma-étendue, éloignement et faiblesse des bruits du cœur, éloignement et faiblesse du it respiratoire, parfois bruit de râpe superficiel et double, douleur ordinaire-it vive; et pour l'*endocardite :* pas de voussure (malgré l'assertion contraire de lques auteurs), matité médiocrement étendue, battements du cœur superficiels, vent violents, bruits du cœur sourds, souffle ou bruit de râpe au premier bruit.

'ai parlé plus haut des *frissons* qui se manifestent au début (dans les deux tiers cas, d'après les faits observés par M. Louis); ces frissons, chez certains sujets, renouvellent plusieurs fois dans les premiers jours; chez d'autres, il n'y a qu'un ı de sensibilité au froid.

La *chaleur* de la peau est ordinairement élevée : c'est ce que M. Louis a constaté z 47 sujets sur 55; le même auteur a noté des *sueurs* chez un peu plus des tre cinquièmes des malades, et ces sueurs furent très copieuses dans treize cas.

Un peu de *céphalalgie* existe chez quelques sujets (un tiers, d'après les recher-s de M. Louis) pendant les premiers temps de la maladie; dans un petit nombre cas, la douleur de tête est assez vive, et parfois aussi plus persistante que dans autres affections fébriles.

Il est bien rare qu'il y ait d'autres symptômes du côté de la tête; ce n'est que s quelques cas exceptionnels et presque toujours mortels qu'on voit apparaître *délire* violent avec d'autres symptômes nerveux plus ou moins intenses. J'ai ervé, il y a quelques années, à l'Hôtel-Dieu annexe, un cas de ce genre. Un nme de quarante ans environ entra avec un rhumatisme articulaire peu intense. is articulations seulement étaient prises et peu douloureuses; le pouls ne battait : quatre-vingts fois par minute, rien n'annonçait une maladie grave. La nuit, un re furieux survint, il y eut des symptômes d'hydrophobie, et le malade succomba quelques heures. D'autres auteurs ont rapporté des faits du même genre.

Les douleurs articulaires occasionnent presque toujours de l'*insomnie*, surtout s les premiers temps de la maladie. Fréquemment des mouvements involontaires, excitant une douleur très vive, réveillent les malades en sursaut. Il y a ordinaire-nt un peu d'agitation, surtout la nuit, dans les cas d'une intensité considérable.

Les *forces* se soutiennent généralement bien : ce n'est que dans les cas où la ladie dure depuis longtemps qu'on voit survenir la faiblesse et la langueur. *maigrissement* est promptement assez marqué, ce qui tient autant sans doute à ergie ordinaire du traitement qu'à l'influence de la maladie.

Tels sont les symptômes du rhumatisme articulaire aigu; mais il me reste encore lire comment ces divers phénomènes se succèdent et s'enchaînent, et ce n'est s là la partie la moins importante de cette description, car elle nous fait con-ître pour ainsi dire la physionomie de l'affection.

Toutes les articulations qui doivent être prises dans le cours de la maladie ne nt pas affectées en même temps. D'abord une ou deux, rarement trois à la fois, viennent douloureuses. Puis la douleur cessant dans un ou plusieurs des articles

(1) Voy. *Maladies des voies circulatoires.*

affectés, d'autres se prennent. puis d'autres encore. Assez fréquemment une articulation antérieurement malade est reprise de douleur à une autre époque de la maladie; en un mot, la douleur rhumatismale se transporte d'un point à un autre, disparaissant plus ou moins complétement d'un article pour en envahir un ou plusieurs plus ou moins éloignés.

Telle est la règle générale, mais il y a des exceptions. Ainsi on voit quelquefois une ou deux articulations rester douloureuses pendant presque toute la durée de la maladie, tandis que les autres présentent la mobilité caractéristique; d'autres fois les douleurs rhumatismales envahissent successivement un grand nombre d'articulations, en continuant à faire des progrès dans celles qui étaient primitivement atteintes; mais bientôt la *mobilité* se déclare, et les choses se passent comme je viens de le dire.

Je n'ai encore parlé que de la douleur, parce que c'est là surtout le symptôme qui présente la mobilité la plus marquée: mais cette mobilité se fait aussi remarquer dans les autres symptômes locaux; c'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir la rougeur, la chaleur et le gonflement disparaître en même temps que la douleur sans laisser de trace sensible. Cependant il est plus ordinaire de trouver encore un peu de tuméfaction et même de rougeur dans des articulations qui, la veille étaient extrêmement douloureuses, et qui ne présentent plus le lendemain qu'une gêne légère dans les mouvements. Mais ces signes ne tardent pas à disparaître, pendant que les articulations nouvellement prises en présentent de plus en plus violents

Il est difficile de dire d'une manière un peu précise quel est l'*ordre dans lequel les articulations sont envahies.* Les cas sont très variables sous ce rapport. Cependant on peut d'une manière générale établir que les genoux et les pieds sont d'abord affectés; puis viennent les poignets, les épaules, les coudes et les hanches. Quelquefois on voit les signes locaux se montrer dans un genou, puis dans un poignet puis dans les pieds. Du reste, cette succession des invasions de la maladie dans les diverses articulations n'a qu'un intérêt très secondaire. Ce qu'il importe de savoir c'est que le mal passe d'un point à un autre sans suivre aucun ordre bien fixe.

Pendant que les choses se passent ainsi, les *symptômes généraux* présentent une intensité différente suivant les variations que je viens d'indiquer : intense lorsqu'il y a un grand nombre d'articulations prises et lorsque les symptômes locaux sont violents; modérés dans le cas contraire. Je compléterai cette description en exposant la marche de la maladie.

Lorsque le rhumatisme articulaire arrive véritablement à sa période décroissante, il est rare que la douleur se porte encore d'une articulation à l'autre généralement elle diminue dans les points actuellement envahis, sans en envahir d'autres. Cependant il est des cas où la douleur, le gonflement, etc., se portent encore d'une articulation à l'autre, mais sont plus faibles et n'excitent pas de symptômes généraux, et d'autres dans lesquels la douleur reprend une intensité un peu plus grande dans les points actuellement atteints, pour décroître bientôt ensuite

Enfin les symptômes généraux ayant complétement disparu, il ne reste plus qu'une légère gêne des articulations le plus violemment affectées (à moins toutefois que le rhumatisme ne prenne une marche chronique), gêne qui se dissipe bientôt, et ne laisse qu'une faiblesse en rapport avec la violence de la maladie et l'énergie du traitement.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

En exposant comme je viens de le faire la succession des symptômes, j'ai tracé partie la marche de la maladie. Mais il reste encore quelques particularités i ne sont pas sans importance. Il résulte de ce qui précède qu'il n'y a pas de ntinuité complète dans cette maladie ; qu'elle présente plus ou moins d'intené, non-seulement à ses diverses périodes, mais aux diverses époques de ces iodes. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est l'apparition, dans un grand mbre de cas, d'améliorations très notables, suivies de recrudescences fréquentes. st au point qu'on peut croire à une guérison prochaine, tandis que la maladie st pour ainsi dire qu'assoupie, et se réveillera bientôt avec une nouvelle intenL. Ce qui disparaît le plus complétement en pareil cas, c'est l'ensemble des phénènes locaux précédemment décrits. Les articulations sont plus ou moins comtement revenues à leur état normal, et cependant il y a encore du malaise, un rtain degré de mouvement fébrile, l'appétit ne se rétablit pas, les forces restent ttues. Cet état a été de tout temps remarqué, et les principaux auteurs qui t écrit sur l'affection qui nous occupe l'ont attribué à la persistance de la mala-, sans manifestation locale notable ; on a même dit qu'il existait alors une *fièvre matismale*, comme lorsque la fièvre précède la première apparition des doums articulaires.

Dans ces derniers temps, M. Bouillaud a prétendu que cette explication n'est s juste, et que la persistance du mouvement fébrile, malgré la disparition des leurs, est due au développement d'une *péricardite* ou d'une *endocardite*, qui nnent compliquer l'affection primitive. Chacun pourra, en étudiant avec quele attention les faits qui passent sous ses yeux, s'assurer facilement que cette nière de voir ne s'appuie pas sur l'observation exacte. Il est, sans doute, queles cas dans lesquels les choses se passent ainsi, et l'on peut même admettre 'un certain nombre de fois on a méconnu cette cause de la persistance de la fiè; mais, le plus souvent, et c'est un fait que l'on peut facilement vérifier, l'exan le plus attentif ne fait rien découvrir du côté du cœur, alors que la fièvre pere et que l'apparition ultérieure de nouvelles douleurs vient prouver que la ladie existait encore, quoique réduite plus ou moins complétement à ses symmes généraux. D'un autre côté, en examinant les observations de M. Bouillaud, voit qu'il ne lui faut que des symptômes très légers et très peu caractéristis (1) pour diagnostiquer une endocardite ; de sorte que, de quelque manière on envisage les faits, on s'assure que cette loi de coïncidence de l'endocardite lu rhumatisme, dont on a fait si grand bruit, se réduit à de très étroites protions. Ce qu'il y a de positif, c'est que, lorsque, après la disparition des symmes locaux, on voit persister le malaise général et le mouvement fébrile, on t s'attendre à une recrudescence de la maladie. Quelquefois même le mouvent fébrile qui persiste est très peu appréciable ; on n'observe que du malaise, un t général de souffrance ; les fonctions digestives ne se rétablissent pas parfaitent, quoique les malades aient pu quitter leur lit ; cet état peut durer longtemps, l'on voit, après plusieurs jours, sans cause appréciable, les articulations se prendre

(1) Voy. article *Endocardite*.

de nouveau. Peut-on dire que, en pareil cas, il y a eu rechute ou récidi pense plutôt que la maladie n'avait pas complétement cessé, et qu'il n'y a eu recrudescence.

Il n'en est pas de même dans quelques cas où les malades, ayant recouv tégrité de leurs fonctions, et n'éprouvant plus ni symptômes généraux n ptômes locaux, sont repris, au moment où l'on s'y attend le moins, de d rhumatismales. C'est alors une véritable *rechute*, qui est presque toujour sionnée par la marche prématurée. Ce qui le prouve, c'est que la douleur se duit ordinairement pendant la marche, et qu'elle se manifeste presque t dans l'un des deux genoux. Ces rechutes ne sont presque jamais aussi inten la première atteinte.

Je n'ai pas parlé, dans ce qui précède, des quatre *périodes* admises par coup d'auteurs, parce que, lorsqu'on étudie le rhumatisme articulaire aig du malade, on voit qu'il faut beaucoup forcer les faits pour y voir ces qua riodes bien distinctes. Je me contenterai, par conséquent, de dire que ces périodes sont les suivantes : 1° *période prodromique* (elle manque assez so comme nous l'avons vu plus haut), 2° *période d'augment* ou *de progrès*, *riode d'état*, 4° *période de déclin*.

La *durée* du rhumatisme articulaire aigu ne peut être convenablement é indépendamment de l'influence du traitement. Les auteurs qui ont précor traitement particulier ont tous prétendu, en effet, qu'ils abrégeaient consid ment la durée de cette affection, et c'est l'exactitude de leurs assertions qu'i d'examiner. Mais cette question sera plus convenablement discutée lorsque à m'occuper de l'action de telle ou telle médication particulière. Je ne do conséquent, indiquer ici que la durée du rhumatisme articulaire aigu trai les saignées modérées, les calmants, en un mot, en l'absence de moyens trè giques ou ayant une action spéciale. En général, comme l'a établi Cho rhumatisme, ainsi traité, dure environ trois septénaires; mais il y a de très g différences suivant les cas. M. Macleod, qui s'est occupé particulièrement d question (1), en a réuni 79 dans lesquels on trouve d'abord, pour moyenne gé de la durée, 28 jours et une fraction. Puis, entrant dans le détail des faits, que, sur ce nombre de 79, la durée a été de :

10 jours chez.	11 malades.
12 id.	4
2 semaines chez.	7
3 id.	22
4 id.	14
5 id.	3
6 id.	9
8 id.	6
10 id.	1
16 id.	2
	79 malades.

(1) Voy. *Gazette médicale de Paris*, 1838, p. 76, extrait du *Med.-chir. Review*, 18

présenté ce tableau, parce que la question de la durée du rhumatisme est
s plus importantes de l'histoire de cette maladie. Le rhumatisme articulaire
'est pas, en effet, une affection qu'on puisse regarder comme grave, au point
de la terminaison; d'un autre côté, c'est une affection des plus doulou-
: c'est, par conséquent, à en abréger la durée que doit s'attacher la théra-
ue, et il serait bien plus important encore d'atteindre ce but, si, comme le
M. Bouillaud, et comme cela paraît probable, la longue durée de l'affection
nte les chances de complication du côté du cœur. Les chiffres précédents
nc une valeur incontestable; ils nous apprennent que la durée de l'affection
rier de 10 à 112 jours, ce qui ne se remarque guère dans les autres mala-
guës, et en outre que très souvent cette durée est de trois semaines, ainsi
vait constaté Chomel. Toutefois je dois exprimer le regret de n'avoir pas pu
curer l'article de M. Macleod dans l'original. L'extrait de la *Gazette médi-*
t très peu détaillé, en sorte que nous ne savons pas positivement à quelle
l'auteur a fixé la convalescence, et si les rhumatismes qui ont duré dix et
emaines étaient bien des rhumatismes aigus au début; c'est pourquoi je n'ai
les chiffres précédents que comme indication. C'est surtout dans les cas où
die est de très longue durée qu'on voit ces alternatives d'amélioration notable
gravation qui donnent si souvent des espérances de guérison prochaine, et
t bientôt évanouir.

uérison est, dans l'immense majorité des cas, la *terminaison* du rhumatisme
ire aigu. Parfois cette affection passe à l'état chronique, et alors on voit les
ations rester gonflées et douloureuses, se déformer, présenter, en un mot,
s symptômes qui seront décrits dans l'article suivant. La mort a été la ter-
n du rhumatisme articulaire aigu dans un petit nombre de cas. On a dit que
cette affection, lorsqu'elle n'était pas compliquée, ne se terminait de cette
e fâcheuse; cette proposition n'est pas exacte. Dans le cas que j'ai cité plus
t où un violent délire a précédé la mort, l'autopsie n'a fait découvrir aucune
à laquelle on pût attribuer ce fâcheux résultat. Il existe d'autres faits sem-
dans la science. Je les signale, parce qu'il ne me paraît pas douteux que,
uelques cas, on n'ait attribué injustement à l'action d'un médicament parti-
une terminaison funeste, unique résultat de la violence de l'affection. Il n'en
moins vrai de dire que les cas de ce genre sont extrêmement rares, et qu'on
s regarder comme tout à fait exceptionnels.

a cité des cas dans lesquels la complication d'endocardite a précédé la mort,
lle a été sans doute la cause principale. Les cas de ce genre ne sont guère
rares que les précédents. Quant à la complication de péricardite, je ne con-
s un seul fait qui prouve qu'elle ait produit la mort chez un sujet ayant tous
ganes dans un parfait état d'intégrité au moment où il a été atteint du rhu-
ne articulaire.

§ V. — Coïncidences, complications, maladies consécutives.

annotateurs de ce livre ont cru devoir reproduire textuellement les opinions
loutes de Valleix sur les coïncidences d'accidents graves du côté des mem-
séreuses du cœur, parce qu'ils ont voulu laisser subsister l'œuvre dans son
ble et sans en altérer l'*idée* et les *tendances*. Mais qu'il leur soit permis de

présenter quelques considérations que Valleix avait cru devoir repousser, et auxquelles des recherches tout à fait récentes donnent une éclatante confirmation.

M. le professeur Bouillaud a, le premier, appelé l'attention sur la coïncidence de la *péricardite*, de l'*endocardite* et de la *pleurésie* avec le rhumatisme articulaire aigu (1). S'il est possible de discuter sur la fréquence de ces coïncidences, il est impossible du moins d'en nier la réalité. Et, en effet, puisque le rhumatisme affecte les séreuses articulaires et même celles des coulisses tendineuses, pourquoi ne pourrait-il pas attaquer aussi les séreuses des organes profonds, tels que le cœur, le poumon ? Il n'y a là rien qui répugne à l'esprit, et ce n'est qu'une nouvelle application de cette loi de pathologie générale, en vertu de laquelle les *parties similaires* de l'économie se prennent simultanément ou successivement sous l'influence d'une même cause.

Nous résumerons en quelques mots seulement ces résultats connus de tout le monde, acceptés aujourd'hui par tous les médecins, et dont l'observation journalière établit si nettement la réalité et l'évidence.

Nous croyons d'abord que l'on s'est mépris sur les cas où la coïncidence a lieu, et, par conséquent, sur sa fréquence. Si l'on prend en bloc tous les cas de rhumatisme et que l'on vienne à les comparer aux autres maladies, peut-être pourra-t-on dire, avec M. Louis, que l'endocardite et la péricardite ne sont pas beaucoup plus communes dans le rhumatisme que dans les autres maladies ; et encore y aurait-il là une exagération notable, car on compte les cas où ces deux affections se manifestent dans le cours de la pneumonie, de la pleurésie, de la goutte, de la variole, etc., et on ne les compte plus pour le rhumatisme ; seulement il faut *savoir les diagnostiquer*. Mais maintenant si l'on divise les faits en deux groupes, les résultats sont bien plus évidents et plus démonstratifs. Dans les *rhumatismes légers, médiocrement fébriles* et *localisés* dans quelques petites articulations ou dans une seule volumineuse, la coïncidence n'a pas lieu ; et M. Bouillaud est le premier à le reconnaître. Que si, au contraire, on examine les cas de *rhumatisme grave, généralisé*, et accompagné d'un *mouvement fébrile intense*, on constate la coïncidence dans tous ou dans presque tous les cas : alors la *coïncidence est la règle, et son absence l'exception.*

Une autre circonstance qui a pu éveiller le doute, c'est la difficulté, il faut en convenir, d'établir le diagnostic. En effet, l'endocardite et la péricardite ne s'annoncent pas, comme on pourrait le croire, par des symptômes violents et propres à frapper l'observateur : les malades n'accusent ni douleur, ni oppression, ni anxiété précordiale, et ils ne sont pas pris de ces lipothymies et de ces syncopes que Corvisart a si complaisamment décrites ; ils n'appellent pas l'attention du côté du cœur, et l'observateur inattentif peut méconnaître la complication. Celui qui veut se rendre compte de ce qu'il y a de vrai dans les assertions du professeur de la Charité, doit examiner la région précordiale dans tous les cas de rhumatisme, même quand aucun phénomène saillant n'éveille son attention et ne le sollicite à faire cet examen ; et il est tout surpris de rencontrer des *signes physiques* d'endocardite ou de péricardite, alors qu'aucun *signe fonctionnel* ne s'était manifesté.

Quelques mots suffiront maintenant pour compléter ces remarques.

L'endocardite et la péricardite débutent souvent en même temps que les dou-

(1) *Traité clinique du rhumatisme articulaire.* Paris, 1840.

s articulaires, et quelquefois elles les suivent; elles ne doivent pas être consi-
ées comme une *complication;* elles sont un élément de la maladie, une de ses
lisations; l'endocarde et le péricarde se prennent au même titre que toute sé-
e articulaire, et c'est pour ce motif qu'on doit employer le terme de *coïncidence.*
e qui distingue ces localisations viscérales des localisations articulaires, c'est
 fixité, leur *défaut de mobilité*, de sorte que, sous ce rapport, le rhumatisme
t pas une affection aussi *vague* que dans ses localisations extérieures; c'est aussi
 tendance à se perpétuer à l'état chronique et à amener des lésions consécu-
s graves.

nfin il est inutile d'insister sur les maladies organiques du cœur qui succèdent
humatisme, parce que nous nous en occuperons à l'occasion des affections du
ème circulatoire.

ous avons dit que des observations récentes tendaient à démontrer, d'une ma-
e péremptoire, que les séreuses viscérales ne sont pas exemptes des localisations
natismales. Et, en effet, depuis quelques années on a signalé des cas assez
breux où l'affection, siégeant sur les *méninges cérébrales*, a déterminé la mort
malades.

 serait possible de trouver des observations éparses, relatives aux coïncidences
ette nature; Valleix lui-même, dans le cours de cet article, a fait voir que des
de ce genre avaient passé sous ses yeux. Mais, à notre connaissance, le pre-
 auteur qui les ait mentionnées formellement est Abercrombie (1), et nous
s aussi rapporté un cas de cette nature (2). Enfin le premier travail important
e sujet est celui de M. le docteur H. Bourdon (3); et, depuis cette époque,
ujet a été étudié avec le plus grand soin par M. Vigla (4).

s résultats de ces travaux récents et si importants sont les suivants. Il arrive
 fréquemment que, dans le cours d'un rhumatisme articulaire aigu, des acci-
s cérébraux graves se manifestent: tantôt c'est du *délire*, tantôt du *coma* ou
ataxie. Non-seulement ils annoncent le plus grand danger, mais encore la mort
rochaine, et c'est comme par une sorte de *sidération* que les malades sont em-
és. Les autopsies ne rendent pas toujours un compte satisfaisant du développe-
t des accidents; car, si l'on a trouvé de la suppuration, des fausses membranes,
exhalation abondante de sérosité dans les enveloppes du cerveau, d'autres fois
a observé que de la congestion, sans méningite; et enfin, souvent aucune
n; de sorte qu'Abercrombie a pu avec raison intituler le chapitre où il s'occupe
es cas singuliers: *Forme dangereuse de méningite qui ne laisse d'autre trace*
ne congestion extraordinaire.

ous avons cru devoir faire connaître ces observations nouvelles et dignes d'at
ion, nous promettant d'y revenir à l'article *Méningite.*]

§ VI. — Lésions anatomiques.

es discussions se sont élevées au sujet de l'anatomie pathologique du rhuma
e articulaire aigu. Il ne pouvait en être autrement, car de la solution des ques-

1) Abercrombie, *Traité des maladies cérébrales*, traduction de M. Gendrin.
2) V.-A. Racle, *Thèse*. Paris, 1848.
3) *Actes de la Société médicale des hôpitaux*. Paris, 1854.
4) *Ibid.* Paris, 1855, p. 36.

tions qui se rattachent à ce point de l'histoire de la maladie dépend l'opinion qu'on se fait sur la nature du rhumatisme. Jusqu'à ces dernières années, on a attaché peu d'importance à ces questions; mais quelques auteurs récents, et en particulier M. Bouillaud (1), ne voyant dans cette maladie qu'une inflammation des articulations, ont cherché à étayer leur manière de voir en invoquant un certain nombre de faits dans lesquels des lésions profondes ont occupé les articulations. Les faits cités par M. Bouillaud sont les seuls qu'il importe d'examiner. Je me suis livré ailleurs à cet examen (2), et j'ai fait voir que deux de ces faits peuvent seuls être considérés comme des rhumatismes; or, dans ces cas, on trouva seulement une synovie épaisse, jaunâtre, trouble, gluante, semblable à de l'huile concrète, ou mieux au fluide spermatique, ou bien quelques flocons albumineux. Ces lésions, comme on le voit, ne sont pas de nature à nous permettre de résoudre la question, d'autant plus que les faits manquent de détails très importants, et que les articulations les plus malades étaient sans lésion appréciable après la mort. Dans tous les autres cas, il existait soit une phlébite, soit une fièvre puerpérale, et les prétendus rhumatismes n'étaient autre chose que la suppuration des articulations sous l'influence de ces affections. M. Bouillaud a en outre cité quelques cas de rougeur de la synoviale; mais ce n'est pas là une raison péremptoire de croire à l'existence d'une véritable inflammation. D'un autre côté, je rappellerai que, dans d'autres cas, il n'existait aucune trace d'inflammation dans les articulations, et celui dont j'ai parlé plus haut était un exemple frappant de cette absence de lésions. Le plus minutieux examen ne put en faire découvrir aucune.

Enfin remarquons que les faits cités dans ces derniers temps par MM. Andral (3), Trousseau et Lasègue (4) se rapprochent des cas cités par M. Bouillaud, en ce sens que l'inflammation s'est produite dans le cours ou dans la convalescence d'une affection grave, dans des circonstances qui devaient par conséquent favoriser l'inflammation, et que cette inflammation, loin d'être mobile comme le rhumatisme, s'est montrée tout d'abord fixe dans les articulations envahies.

La conclusion de ce qui précède, c'est que le rhumatisme articulaire aigu ne laisse dans les parties affectées aucune lésion caractéristique, et c'est un nouveau motif de ne pas le considérer comme une phlegmasie ordinaire.

Les analyses du sang, faites par MM. Andral et Gavarret (5), ont fait voir, comme je l'ai dit plus haut, que l'augmentation de la proportion de la fibrine est plus considérable dans cette maladie que dans toute autre. La moyenne de ce principe du sang est de plus de 7 dans le rhumatisme aigu, et la proportion varie de 4 à 10.

Je n'ai pas besoin d'exposer en détail les lésions qui appartiennent aux complications qui peuvent survenir dans le rhumatisme. Les principales, ainsi que je l'ai dit plus haut, sont les inflammations du péricarde et du cœur, dont l'anatomie pathologique sera décrite dans un autre volume de cet ouvrage (6).

(1) *Traité clinique du rhumatisme articulaire*. Paris, 1840.
(2) Voy. *Mém. sur l'arthrite simple* (*Union médicale*, 6 février 1847).
(3) *Bulletin de l'Acad. de médecine*. Paris, 1850, t. XV, p. 1019.
(4) *Union médicale*, 24 août 1850.
(5) *Rech. sur les modific. de proport. de quelques principes du sang*. Paris, 1840.
(6) Voy. *Péricardite* et *Endocardite*.

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

uteurs se sont peu étendus sur le diagnostic de cette affection, qui, dans la nde majorité des cas, est très facilement reconnue; cependant nous avons haut que l'on a pris pour des rhumatismes articulaires aigus quelques affeci ont pour caractère l'inflammation d'une ou de plusieurs articulations. Je bord un mot de l'*arthrite simple aiguë*, passant sous silence l'*arthrite ique*, qui reste fixe, et dont la cause met immédiatement sur la voie du ic.

le mémoire que j'ai publié sur l'arthrite simple aiguë, j'ai résumé les conns dans lesquelles je suis entré, et je me suis exprimé ainsi (1) : « Pour tout ce qui précède, je dirai : 1° que deux maladies aiguës ayant de nomaits de ressemblance, mais réellement différentes, peuvent spontanément, une lésion antécédente, se développer dans les articulations : ce sont l'armple aiguë ou l'inflammation simple, et le rhumatisme articulaire aigu, qui a des caractères spéciaux; 2° qu'il est possible et même facile de er ces deux affections; 3° que ce qui les distingue est la fixité de l'une bilité de l'autre; la fièvre proportionnellement plus grande dans l'arthrite, our des mouvements beaucoup plus prompt dans le rhumatisme que dans . »

aractères me paraissent suffisants pour établir le diagnostic : ce qui le c'est que, dans les cas soumis à mon observation, j'ai pu, sans me tromoncer que la maladie resterait fixée dans un article, et que la gêne des ents, la roideur des tissus se dissiperaient lentement, alors que toute douait complétement cessé. Comment aurait-il pu en être ainsi, si la maladie de la même nature que ces douleurs qui, du jour au lendemain, peuvent r d'une articulation à l'articulation la plus éloignée? Il faut prendre garde ns de s'en laisser imposer par le passage du rhumatisme à l'état chronique, es rhumatismes qui, après avoir présenté une grande acuité, prennent le e subaigu. Il n'est pas rare, en effet, de voir, après un rhumatisme artiigu bien caractérisé, certaines articulations conserver une grande difficulté rements; mais si l'on examine attentivement l'état des parties, on voit que ause les accidents est la persistance de la maladie elle-même. Ainsi il y a u gonflement, de la douleur, de la rougeur même, et parfois de l'œdème, ux pieds et aux mains. Or, la gêne des mouvements, la roideur de l'ar1, persistent dans l'arthrite simple, alors même que tous ces symptômes ru ; et cette roideur est due sans doute à la rigidité qui s'est établie dans fibreux, comme dans les arthrites de cause externe. La preuve, c'est que dité peut être vaincue par des mouvements convenablement dirigés, tandis oindre mouvement exaspère les douleurs articulaires qui persistent dans tisme, et augmentent la gêne de l'articulation.

i rien à ajouter à ce qui précède pour fixer le diagnostic différentiel du rhuarticulaire aigu et de l'*arthrite blennorrhagique;* il résulte, en effet pour plusieurs cas que j'ai eu occasion d'étudier, que dans l'arthrite blennor-

(1) *Loc. cit.*, p. 59.

rhagique les choses se passent comme dans l'arthrite simple aiguë ; seulement on a de plus, pour fixer son jugement, l'existence de l'écoulement uréthral, car il est bien rare que cet écoulement soit supprimé.

Nous avons vu que fréquemment on a pris pour un rhumatisme articulaire aigu l'inflammation des articulations résultant d'une *phlébite* suppurative, et se terminant par la formation d'une collection purulente. Cette erreur n'a guère été commise qu'à une époque où l'on ne connaissait pas suffisamment les conséquences de la phlébite. Aujourd'hui on est rarement embarrassé pour porter un diagnostic qui se fonde sur les considérations suivantes : 1° Dans l'inflammation des articulations ou dans les collections purulentes qui se forment dans leurs cavités par suite d'une phlébite, on remarque la fixité de la douleur, du gonflement, de la rougeur, de telle sorte que la maladie, s'étant une fois manifestée dans un article, ne le quitte plus jusqu'à la mort ; en outre, on constate la facilité extrême avec laquelle se forment les abcès : c'est au point que parfois il y a dans les articulations du pus parfaitement lié, sans que les parois de l'articulation présentent une altération appréciable, comme s'il n'y avait qu'un simple dépôt de pus. Voilà pour les phénomènes locaux. 2° Dans cette même affection, les phénomènes généraux sont des plus intenses ; je les décrirai ailleurs (1), je me contenterai ici d'énumérer les principaux. Ce sont : une fièvre violente, l'agitation, le délire, la stupeur, le coma, des troubles graves des voies digestives, et principalement, à une certaine époque, une diarrhée abondante et fétide, etc. Rien de tout cela ne se remarque dans un simple rhumatisme. 3° Reste enfin la connaissance de la cause qu'il est toujours important de rechercher. On s'informera donc s'il existe une plaie quelconque ; si l'on a pratiqué une saignée, et si cette saignée est enflammée ; s'il n'y a pas un abcès dans quelque partie du corps, etc. Presque toujours on parviendra ainsi à découvrir le point de départ de la phlébite. Mais si l'on n'y parvenait pas, il ne faudrait pas pour cela douter du diagnostic et croire à un rhumatisme, car on a démontré que ces suppurations, dans plusieurs organes, et notamment dans les articulations, pouvaient se développer spontanément avec les caractères que je viens d'indiquer, et c'est surtout aux cas de ce genre qu'on a donné les noms de *fièvre purulente*, *diathèse purulente*. J'ajoute que, dans plusieurs cas, l'inflammation des articulations, qui en avait imposé pour un rhumatisme aigu, a reconnu pour cause l'irruption dans un ou plusieurs articles de la matière tuberculeuse accumulée dans les extrémités des os, et ramollie (2). On ne devra donc jamais se prononcer avant d'avoir examiné attentivement l'état des extrémités osseuses.

Ce que je viens de dire s'applique rigoureusement à l'inflammation des articulations et aux collections purulentes dans ces parties, qu'on observe chez les femmes affectées de *fièvre puerpérale*. Qu'il me suffise de signaler ici ce fait, dont je me suis déjà occupé à propos de la fièvre puerpérale, mieux étudiée dans ces dernières années qu'elle ne l'avait jamais été.

(1) Voy. article *Phlébite*.

(2) Voy. Nélaton, *Thèse sur les tubercules des os*. — Lebert, *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*. Paris, 1839, t. II.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs du rhumatisme articulaire aigu et de l'arthrite simple spontanée.*

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.	ARTHRITE SIMPLE AIGUE.
Symptômes généraux *proportionnellement moins intenses*.	Symptômes généraux *proportionnellement plus intenses*.
Mobilité des phénomènes locaux.	*Fixité* des phénomènes locaux.
Les signes de l'inflammation (douleur, gonflement, rougeur) une fois dissipés, les *mouvements se rétablissent promptement* dans les articulations affectées. Lorsqu'il en est autrement, c'est que le rhumatisme a passé à l'état chronique.	Les signes de l'inflammation (douleur, gonflement, rougeur) étant complétement dissipés, il reste encore *une grande gêne dans les mouvements, et cette gêne persiste longtemps.*

Les mêmes signes distinctifs appartiennent à l'*arthrite blennorrhagique.*

2° *Signes distinctifs du rhumatisme articulaire aigu et de l'inflammation articulaire dans la phlébite.*

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.	INFLAMMATION ET SUPPURATION DES ARTICULATIONS DANS LA PHLÉBITE.
Phénomènes locaux mobiles; du jour au lendemain, une articulation devient libre, et une autre se prend.	*Fixité des phénomènes locaux.*
Dans aucun cas authentique, *on n'a trouvé de pus dans* les articulations malades.	Collections purulentes *se formant avec la plus grande facilité*; parfois sans que les tissus qui les renferment paraissent enflammés.
Phénomènes généraux médiocrement intenses; ni délire, ni stupeur, ni troubles graves des voies digestives.	*Phénomènes généraux très violents*; délire, stupeur, etc.
L'examen le plus attentif *ne fait trouver nulle part le point de départ de la maladie*; pas d'abcès, pas d'inflammation des veines, de plaie, etc.	Un examen attentif *fait ordinairement trouver le point de départ de la maladie;* abcès, plaie, etc.

Le même diagnostic différentiel s'applique à la *fièvre puerpérale* avec collections purulentes dans les articulations, qu'il y ait ou non phlébite utérine.

Pronostic.— On peut dire d'une manière générale que le pronostic du rhumatisme articulaire aigu est peu grave. Cependant nous avons vu plus haut que, dans quelques cas très rares, la maladie s'est terminée rapidement par la mort, et nous savons qu'un rhumatisme articulaire aigu peut passer à l'état chronique. On a vu des sujets entièrement perclus par suite de ce passage à l'état chronique. Peut-on prévoir ces fâcheuses terminaisons? En général, on ne le peut pas dans les premiers jours de la maladie. Lorsqu'un délire violent survient, on doit craindre une mort prochaine. Il n'est pas très rare de voir des rhumatismes, après avoir paru se terminer très favorablement, offrir pendant un certain temps des symptômes subaigus; généralement cet état disparaît au bout d'un temps variable, mais s'il se prolonge au delà de deux ou trois mois, et si les articulations restent fortement prises, on doit craindre que le mal ne devienne très rebelle. Je rechercherai plus loin si l'on peut attribuer à certaines médications une influence sur la terminaison par la mort.

§ VIII. — Traitement.

Le traitement du rhumatisme articulaire est la partie la plus difficile de l'hi[st] de cette maladie. On a préconisé un nombre assez considérable de médica[m] contre elle; mais on chercherait en vain un travail dans lequel les faits aient étudiés avec toute la rigueur nécessaire. Ce serait une étude bien utile et qui [met]trait fin à bien des discussions, que celle qui, s'appuyant sur l'observation e[xacte] et rigoureuse, nous ferait connaître avec précision le degré d'efficacité des mo[yens] mis en usage. Quant à présent, ce que nous pouvons faire de mieux, c'e[st de] nous livrer à l'examen critique des divers traitements proposés, et d'en sign[aler,] autant que nous le pourrons, les avantages et les inconvénients. Comme je l'[ai fait] pour la *pneumonie* (1), je vais passer successivement en revue les principales [in]dications conseillées par les auteurs.

Émissions sanguines. — Les émissions sanguines générales et locales for[ment] presque exclusivement le traitement mis en usage par M. Bouillaud (2); mais [avant] d'exposer la méthode de cet auteur et de l'apprécier, nous devons dire un m[ot des] *émissions sanguines modérées* auxquelles ont recours la plupart des autres [méde]ciens. Comme le faisaient Sydenham et Stoll à la fin de leur pratique, on [ne tire] ordinairement aux malades qu'une quantité de sang qui n'excède pas, si mê[me elle] l'égale, celle qu'on enlève aux malades atteints de pneumonie. Mais aucu[n mé]decin ne se dispense de pratiquer la *saignée générale* lorsque le rhumatism[e a une] assez grande intensité. Suivant Chomel (3), il suffit de pratiquer une o[u deux] saignées, et l'on peut dire que, dans la grande majorité des cas, cette prati[que est,] en effet, utile. Mais, d'une part, il ne faut pas croire qu'il y ait rien d'abs[olu dans] une semblable proposition, et tout le monde convient que le praticien do[it, dans] certains cas, augmenter le nombre des saignées, et de l'autre, ainsi que j[e l'ai dit] plus haut, il ne faut pas oublier que nous discutons surtout une que[stion de] durée. Les partisans des saignées très abondantes et promptement répétées [ne disent] pas, en effet, que, par les saignées modérées, les malades ne guérissent, mai[s ils pré]tendent abréger beaucoup la durée de la maladie, et, de plus, prévenir des [compli]cations très graves. Quant à savoir si l'on doit pratiquer un plus ou moi[ns grand] nombre de saignées, c'est au médecin à le décider, suivant la violence du ca[s,] la vigueur du sujet, en un mot, d'après les indications générales qu'on ne [doit ja]mais perdre de vue dans la pathologie spéciale. La seconde partie de la [question] est beaucoup plus simple, c'est sur elle que la discussion a porté, et l'on s[ait com]bien cette discussion a été vive. Voyons donc ce que nous apprend l'étude [des faits] sur ce point important de thérapeutique.

Sydenham, Stoll, et plusieurs autres médecins avant ces quinze derniè[res an]nées, ont vanté ou blâmé les saignées très abondantes et répétées. On sai[t, et je l'ai] déjà dit que Sydenham, en particulier, après avoir eu recours à ce moyen d[e traite]ment, n'employait plus, vers la fin de sa pratique, que les saignées mo[dérées.] Mais je n'insiste pas sur ces détails, parce que les auteurs qui nous ont

(1) Voy. article *Pneumonie*.
(2) *Loc. cit.*
(3) Voy. Requin, p. 281.

té la question à l'aide de l'analyse des faits, que leur blâme ou leur 'est que le résultat d'une appréciation générale dont le peu de solidité ui bien reconnu, et qu'il est impossible, avec de pareils documents, e solution rigoureuse de la question. M. Bouillaud ayant, au contraire, récédemment cités, rapporté ses observations, c'est d'après elles que ous prononcer.

TEMENT PAR LES SAIGNÉES COUP SUR COUP (BOUILLAUD).

ment les auteurs du *Compendium* ont exposé la manière dont traite le rhumatisme articulaire aigu : « La *nouvelle formule* qu'il a peut, disent-ils, être résumée ainsi : 1er *jour :* Dans l'hôpital, à la on pratique une saignée du bras de 4 palettes. 2e *jour :* Une saiettes et demie à 4 palettes matin et soir, et dans l'intervalle une apangsues, ou mieux de ventouses scarifiées autour des articulations des, ainsi que sur la région précordiale ou le thorax, suivant qu'il ndopéricardite, une pleurésie ou une pleuro-pneumonie. La saignée re de 3, 4 ou même 5 palettes. 3e *jour :* Dans les cas graves, on pratrième saignée de 3 à 4 palettes, et une saignée locale de la même dose s points. Dans les cas d'amélioration, on s'arrête. 4e *jour :* Si la st pas franche, on pratique une cinquième saignée de 3 palettes. *jours :* Dans les rhumatismes articulaires aigus très graves, avec u endopéricardite ou pleurésie très prononcées, le temps des émises n'est pas passé. Alors, dans l'espace des trois jours dont il s'agit, eux ou trois nouvelles saignées du bras et une nouvelle saignée locale, ps qu'on applique de larges vésicatoires, soit sur la région du cœur, ticulations, soit enfin sur l'une et sur les autres en même temps. « Dans s de cette dernière catégorie, nous avons été obligé, dit M. Bouillaud, qu'à 8, 9 et 10 livres de sang (1). » M. Bouillaud veut que l'on moule suivant l'âge, la force et la constitution des sujets, suivant l'inmaladie et les complications. Dans les cas d'une intensité moyenne, il guérir, de cinq saignées générales et locales de 3 à 4 palettes (4 livres sang en quarante-huit heures) ; dans les cas graves, six ou sept saiet générales de 3 à 4 palettes (5 à 6 livres de sang en trois ou quatre ines conditions constituent pour M. Bouillaud des contre-indications émissions sanguines. Il emploie, comme moyens adjuvants, les cataésicatoires, la compression sur les jointures, l'opium à l'intérieur ou le endermique.

ant cette méthode, continuent les auteurs que je viens de citer, a vu la convalescence se déclarer franchement le septième ou le huin règle générale, dans la majorité des cas graves. On peut, à partir de , commencer à nourrir les sujets. Les trois grands résultats auxquels médication, suivant M. Bouillaud, sont : 1° de réduire à zéro la mordans les cas les plus graves, pourvu qu'elle puisse être employée à

(1) ...it., p. 351.

temps; 2° de prévenir le passage de la maladie à l'état chronique; 3° d'abréger la durée du rhumatisme articulaire aigu intense, de telle sorte qu'elle n'est plus que d'un à deux septénaires, au lieu de six à huit, terme moyen. »

J'ai voulu exposer d'abord d'une manière très précise la manière d'agir de M. Bouillaud et les résultats qu'il prétend obtenir. Maintenant cherchons ce qu'il y a de positif dans tout cela.

Pour établir la durée d'une affection, il faut un interrogatoire très circonstancié, car il n'est presque aucun cas où, en adressant au malade des questions très précises, on ne parvienne à s'assurer que la maladie remonte à un, deux ou trois jours, et plus encore, au delà du moment auquel une première réponse avait fixé le début. Or il n'y a qu'à prendre au hasard une observation de M. Bouillaud, pour s'assurer que, contrairement à tous les principes, cet auteur se contente de la première assertion des malades. En second lieu, M. Bouillaud fixe le commencement de la convalescence à une époque où elle ne saurait être fixée; dès qu'il croit pouvoir permettre du bouillon, le malade est convalescent. Or il permet du bouillon à des malades qui ont jusqu'à 100 pulsations (1), qui ont encore les articulations plus ou moins prises, et chez lesquels une nouvelle apparition des douleurs, après un temps très court, prouve que l'amélioration était une de celles que nous avons signalées comme fréquentes dans le rhumatisme, et qu'on a tort de prendre pour la convalescence. En outre, M. Bouillaud, en avançant qu'il réduit la durée du rhumatisme à un ou deux septénaires, emploie une mauvaise expression, puisque cette assertion ne peut s'appliquer qu'à la durée du traitement, ainsi que toutes les observations qu'il a publiées le démontrent. D'un autre côté, en fixant la durée ordinaire du rhumatisme articulaire à un intervalle de six à huit septénaires, il fait entrer dans cette appréciation les cas d'une durée extrême, ce qu'il ne fait pas quand il s'agit de son traitement.

Ces considérations doivent déjà jeter beaucoup de doutes sur l'exactitude des résultats proclamés par M. Bouillaud. Elles ne sont pas les seules. Ayant examiné les faits rapportés dans un *compte rendu* de la clinique de ce médecin (2), j'ai fait voir qu'en étudiant l'influence des saignées dans les cas comparables, on trouve que les sujets auxquels on a pratiqué le moins grand nombre de saignées ont guéri plus vite que les autres; que la durée seule du traitement a été de plus de quatorze jours, terme moyen; qu'elle a fréquemment dépassé ce chiffre, de sorte qu'en définitive la durée de la maladie n'a pas été sensiblement abrégée.

Si nous joignons à ces objections, ce qui est reconnu par tout le monde, que la durée de la convalescence est augmentée par les émissions sanguines trop répétées, que les malades restent pendant longtemps débiles, et si, d'un autre côté, nous nous rappelons que cet état de faiblesse prédispose à contracter des maladies graves, nous reconnaîtrons que, malgré les assertions de M. Bouillaud, il est très douteux que les émissions sanguines abondantes, et répétées à de courts intervalles, aient l'utilité qu'il leur a attribuée, et même qu'elles ne soient pas nuisibles.

Il est vrai que M. Bouillaud nous dit que sa formule des saignées prévient les

(1) *Clinique de l'hôpital de la Charité*. Paris, 1837, 3 vol. in-8. — *Traité du rhumatisme aigu*, obs. 3ᵉ.
(2) Voy. *Journal hebdomadaire*, 1836, p. 16.

complications d'endocardite et de péricardite, guérit ces complications quand elles existent, et réduit la mortalité du rhumatisme aigu à zéro. Il est bien difficile de dire si le traitement de M. Bouillaud peut ou ne peut pas prévenir les complications dont il s'agit : ce qu'il y a de certain, c'est que personne n'a trouvé ces complications aussi fréquemment que lui, et cela dans une proportion immense. Est-ce parce que leur existence n'est pas aussi bien reconnue par les autres médecins que par lui? Personne ne le croira. La question a été étudiée par des observateurs à qui la percussion et l'auscultation du cœur sont aussi familières que possible ; ils n'ont trouvé que rarement ces complications. Ne serait-ce pas plutôt parce que les signes auxquels M. Bouillaud reconnaît l'existence d'une endocardite ne peuvent être admis par un observateur rigoureux? Je ferai voir, dans un autre endroit de cet ouvrage (1), qu'il en est réellement ainsi, et l'expérience de chaque jour vient confirmer cette manière de voir.

M. Bouillaud ajoute que, par son traitement, il réduit la mortalité à zéro ; cette assertion mérite un examen particulier. Ne semble-t-il pas, à entendre cet auteur, que le rhumatisme articulaire aigu est une affection très menaçante pour l'existence, et qu'avoir une mortalité de zéro est un grand succès? Mais qu'on examine les faits sans prévention : le rhumatisme articulaire aigu, quand il atteint un sujet qui n'avait pas déjà une autre maladie, et c'est le cas (les maladies du cœur exceptées) dans lequel se trouvaient les malades traités par M. Bouillaud, est une affection qui se termine naturellement par la guérison. Les cas dans lesquels il en est autrement sont tout à fait exceptionnels ; à peine peut-on en citer quelques-uns sur les milliers que nous connaissons, et il est beaucoup de médecins qui, dans une longue pratique en ville et dans les hôpitaux, n'ont pas vu un sujet succomber à cette affection, bien qu'ils n'aient mis en usage que le traitement ordinaire : cette considération ne doit donc pas nous arrêter un seul instant, et n'ajoute absolument rien à la valeur du traitement préconisé par M. Bouillaud.

Je ne peux pas pousser plus loin cet examen, et, dans un ouvrage de la nature de celui-ci, il m'est impossible de donner l'analyse des faits rapportés par M. Bouillaud. Ce que je peux affirmer, et je dois le faire parce qu'il s'agit d'un point de thérapeutique dont la solution intéresse la réputation du médecin et la santé de ses clients, c'est que les recherches pour démontrer l'efficacité des saignées abondantes et répétées à de courts intervalles ont été faites en dehors de tous les principes, et avec la plus grande négligence, qu'elles manquent par conséquent de tous les caractères qui peuvent leur donner une autorité suffisante, et que s'il y a quelque chose de vrai dans les assertions de M. Bouillaud, il est impossible d'en acquérir la conviction dans ce qu'il a écrit.

Tartre stibié à haute dose. — A l'époque où l'on constata pour la première fois en France les bons effets du tartre stibié à haute dose dans le traitement de la pneumonie, on fut si émerveillé de ces résultats, qu'on appliqua la même médication à un assez grand nombre d'autres affections aiguës. Laënnec, qui, comme nous le dirons ailleurs (2), fut celui qui expérimenta le premier le tartre stibié à haute dose, s'empressa de soumettre à cette médication les sujets affectés de rhumatisme

(1) Voy. article *Pneumonie aiguë*.
(2) Voy. article *Pneumonie*.

articulaire aigu, et l'on trouve dans un recueil de médecine (1) un certain nombre de faits publiés pour prouver l'efficacité du médicament dont il s'agit. Dans ces observations, nous remarquons l'absence d'un très grand nombre de détails importants, et les recherches de Dance (2) sont venues démontrer qu'on s'en était laissé imposer par les apparences. Il résulte, en effet, des observations recueillies par cet auteur, que le tartre stibié à haute dose n'a pas eu sur la marche de la maladie plus d'influence que les autres médicaments habituellement mis en usage, tandis qu'il a les inconvénients bien connus d'une superpurgation qui peut quelquefois aller plus loin qu'on ne le désire. Aujourd'hui les conclusions du mémoire de Dance sont généralement adoptées, le tartre stibié à haute dose ne fait plus partie du traitement du rhumatisme articulaire aigu. Comme M. Martin-Solon, que je citerai tout à l'heure à propos du traitement par le nitrate de potasse à haute dose, les médecins qui ont voulu avoir recours à l'émétique lui ont trouvé des inconvénients qui les ont forcés à y renoncer, et par conséquent, sans m'arrêter aux observations de Spadafora, Strambio, Wolff, Bang, etc., etc., qui ne sont pas plus concluantes que celles de Laënnec, je me contenterai de dire que dans cette médication l'émétique est administré de la même manière que dans le traitement de la pneumonie, et que quelques médecins ont porté la dose de ce médicament, dans les vingt-quatre heures, jusqu'à 0,70 grammes et plus.

Ce serait ici le lieu de dire un mot de l'emploi des vomitifs et des purgatifs à la dose ordinaire; mais je crois qu'il vaut mieux continuer d'exposer les médications spéciales, et n'aborder qu'à la fin de cet article les moyens ordinaires.

Nitrate de potasse à haute dose. — Déjà Brocklesby, Macbride et William Whytt avaient, dans le siècle dernier, vanté l'efficacité du nitrate de potasse à dose très élevée contre le rhumatisme articulaire aigu, lorsque M. Gendrin (3) eut l'idée de soumettre ses malades à la même médication, et fut bientôt après imité par M. Martin-Solon (4). Ces deux derniers auteurs, à l'exemple des premiers, ont élevé jusqu'à 30 et 60 grammes la dose du nitrate de potasse, ce qui, dans les idées reçues, paraît naturellement une dose énorme. Je ne crois pas devoir insister sur les assertions de Brocklesby et de Whytt, parce que les faits rapportés par M. Gendrin et Martin-Solon nous offrent un bien plus grand intérêt.

Si l'on s'en rapporte à l'appréciation des faits recueillis par M. Gendrin, telle qu'elle a été publiée, on doit admettre que le traitement a eu une durée moyenne de huit jours, et la maladie une durée de quatorze jours. Mais l'étude attentive des faits ne permet pas de regarder ces résultats comme devant être définitivement adoptés. On y voit, en effet, que, comme dans les observations de M. Bouillaud, le début n'a pas été fixé d'une manière précise, et que les rechutes ont été comptées comme de nouvelles maladies; de telle sorte qu'un sujet qui retombait au bout de deux ou trois jours, qui, par conséquent, ne devait pas être considéré comme

(1) Bayle, *Bibliothèque de thérapeutique*. Paris, 1828, t. I, p. 246 et suiv.

(2) *Sur l'emploi du tartre stibié à haute dose dans le rhumatisme articulaire aigu* (*Arch. gén. de méd.*, 1829).

(3) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1837, et *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, 1841.

(4) *De l'emploi du nitrate de potasse à haute dose dans le traitement du rhumatisme articulaire* (*Bulletin gén. de thérap.*, août, septembre et octobre 1843; *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. IX, p. 130).

ıpte dans les relevés pour deux guérisons rapides. Il est donc impossible ı un résultat positif avec de pareils faits.

Solon a également publié plusieurs séries d'observations, desquelles il nclusions suivantes (1) :

nitrate de potasse est facilement toléré par les rhumatisants, à la dose de ·ammes.

n'a pas d'action thérapeutique bien importante dans le traitement du ıe articulaire chronique, des arthrites partielles apyrétiques, du rhuma-culaire ou fibreux chronique, et des rhumatalgies.

ıpliqué au traitement du rhumatisme articulaire aigu, il en détermine la n quatre ou dix jours, et le plus souvent sept. Son action suffit dans les s intenses, et lorsqu'ils sont simples.

résultat a lieu sans qu'il y ait d'effet apparent autre qu'un abaissement nence du pouls et une diminution de la chaleur de la peau; l'augmenta-écrétions cutanées, alvine et urinaire, ne semble pas le favoriser.

: nitrate de potasse à haute dose arrête presque toujours les progrès du ne ; ou bien, si de nouvelles articulations s'endolorissent, l'intensité des va graduellement en diminuant. Ce traitement, par sa rapidité, prévient ırdites, rend la convalescence très courte et les rechutes moins fréquentes.

:tte médication est suffisante, et conserve toute son efficacité lorsque le ne est compliqué d'une faible endocardite.

ıand la circulation est gênée, et quand une autre phlegmasie s'ajoute à , les émissions sanguines, ou les divers moyens appropriés à la nouvelle doivent concourir au traitement. Le nitrate de potasse, à son tour, sera un ıtile contre quelques arthritis aiguës rebelles à la saignée, et une acquisi-ieuse pour la thérapeutique de certains cas de rhumatisme articulaire ıe comportent point l'usage des émissions sanguines. »

ut faire aux observations de Martin-Solon les mêmes reproches qu'à ıt nous avons parlé jusqu'à présent, et, il faut le dire aussi, à celles dont ıns à parler encore; car, malheureusement, quoique le traitement du rhu-ırticulaire aigu ait, comme on voit, été l'objet de recherches nombreuses, ons pas de travail fait de manière à démontrer rigoureusement le degré é des divers moyens mis en usage. Il est surtout à regretter que, par le fatiguer le lecteur, Martin-Solon ait cru devoir donner ses obser-ıns forme d'extraits. Il en résulte que les détails très circonstanciés, qui ssaires toutes les fois qu'il s'agit d'une question de thérapeutique, man-s ou moins complétement, et que, surtout au point de vue de la durée ıdie, on trouve beaucoup de vague dans les faits. Or, on sait combien ce important quand on veut apprécier l'action réelle d'un médicament dans ıent de la maladie qui nous occupe.

lant il me paraît résulter des faits précédents, et d'un certain nombre que ıserver, que le nitrate de potasse à dose élevée est loin d'être sans effet : rhumatisme articulaire aigu, et que cet effet est en général favorable. lement le degré de son action que nous ne connaissons pas parfaitement,

(1) *Loc. cit.*, octobre 1843, p. 253.

et que des travaux entrepris suivant les principes que j'ai posés plus haut pourront seuls nous faire connaître.

Il est en outre une question que nous ne pouvons pas nous empêcher de poser : Le nitrate de potasse, donné à d'aussi fortes doses, est-il un médicament sans danger? Martin-Solon, qui s'est posé cette question, reconnaît que cette substance cause de graves accidents, à la dose de 30 à 60 grammes, ainsi que l'a constaté Orfila, M. Devergie, etc.; mais il attribue ces accidents à ce que le sel a été donné dans les expérimentations à l'état concentré. Aussi recommande-t-il vivement, comme on le verra tout à l'heure, de l'administrer dans une grande quantité de liquide. De cette manière, il n'a produit, entre les mains des praticiens, que quelques phénomènes nerveux peu graves, et qui ne doivent pas être nécessairement mis sur le compte du médicament. Mais on a cité des cas de mort pendant l'emploi du nitrate de potasse; pour mon compte, j'en connais deux dans lesquels la mort fut presque subite, et précédée de signes d'empoisonnement identiques dans les deux cas, tels que la petitesse, l'affaiblissement du pouls, le refroidissement des extrémités, etc., quoique rien dans la marche et les symptômes de la maladie ne pût faire prévoir un pareil accident, et que la dose du médicament n'eût été portée qu'à 10 ou 12 grammes. Faut-il en accuser le nitrate de potasse? Je n'oserais l'affirmer; mais de pareils faits sont de nature à donner de graves appréhensions. Je reviendrai sur ce point en parlant du traitement par le sulfate de quinine à haute dose. En attendant, voici comment Martin-Solon administrait le nitrate de potasse :

« Pour obtenir de bons résultats, il faut, dit-il, que les malades soient exempts d'irritation inflammatoire grave des voies digestives. L'état saburral, l'ictère faible, apyrétique et sans lésion organique, n'en contre-indiquent pas l'emploi. Nous avons vu ces complications se dissiper, sans moyens spéciaux, pendant qu'un malade faisait usage du médicament. Il faut enfin le prescrire aux doses de 8, 10 et 15 grammes par pot de tisane, de manière que le malade prenne dans les vingt-quatre heures de 16 à 20, 40 ou même 60 grammes de sel potassique. La dose ordinaire est de 30 grammes; on ne doit arriver à 60 que quand la soif est vive et qu'il devient nécessaire d'accorder cinq ou six pots de tisane pour l'étancher. On peut employer pour véhicule une simple limonade, une infusion de fleurs de tilleul, de fleurs pectorales, de feuilles de petit-chêne, ou de toute autre plante légèrement aromatique qui s'accommoderait au goût du malade. La tisane sera convenablement édulcorée; toujours potable à l'hôpital, il est facile de la rendre agréable en ville. On la donne par verres d'heure en heure, ou de demi-heure en demi-heure, selon la quantité qu'on en doit administrer. Le malade la prendra chaude ou froide, suivant son désir : la plupart la préfèrent à cette dernière température.

» Si le rhumatisant est peu altéré, on devra porter à 15 grammes la dose de nitrate de potasse par chaque litre de boisson. Plusieurs de nos malades ont pris de cette manière un ou deux pots de cette solution saline édulcorée, sans répugnance. Dans d'autres cas, nous avons fait transformer plusieurs grammes en pilules, et nous avons ainsi évité de prescrire une trop grande masse de liquide. Nous croyons qu'il faut éviter ces modes d'emploi, puisqu'ils équivaudraient aux solutions très concentrées dont on a signalé les inconvénients.

« Quand du dévoiement existe ou survient chez les malades soumis, dans le rhumatisme, à l'usage du nitrate de potasse, nous ajoutons du sirop de pavot blanc à la tisane, et la tolérance s'établit. »

En exposant la médication par le nitrate de potasse à haute dose, j'ai tâché d'apprécier autant que possible sa valeur; il serait par conséquent inutile d'y revenir ici, d'autant plus que je me réserve de dire quelques mots d'une manière générale sur les traitements spéciaux qui ont été préconisés dans ces derniers temps.

M. le docteur Basham (1) a administré le nitrate de potasse à des doses très élevées : jusqu'à 60 et 70 grammes. Il est arrivé à des résultats semblables à ceux qu'a obtenus Martin-Solon. Mais ce qui distingue sa médication, c'est qu'*il emploie aussi le sel à l'extérieur*. Il se sert pour cela d'un *tissu feutré spongieux sur lequel il répand le sel après l'avoir mouillé*, puis il l'applique sur la partie enflammée et l'assujettit au moyen d'une bande. Des expériences de M. Basham résulte que cette médication a une action sédative réelle. Elle mérite d'être expérimentée de nouveau.

Sulfate de quinine à haute dose. — Je me contenterai, avant d'aborder le traitement par le sulfate de quinine à haute dose, de rappeler que le *quinquina* ait déjà été employé contre le rhumatisme articulaire aigu. Ce traitement est aujourd'hui complétement abandonné, et plusieurs raisons empêchent de croire qu'il soit jamais repris. D'ailleurs, on ne pourrait pas administrer le quinquina à dose comparable à celle du sulfate de quinine, en sorte qu'il n'y aurait aucun intérêt à dire comment agissaient Morton, Fothergill, Saunders, Johnson, Van Swieten, etc.

C'est M. Briquet (2) qui le premier en France a expérimenté le sulfate de quinine à haute dose. D'abord il donna ce médicament à la dose de 5 *à* 6 *grammes;* plus tard il réduisit cette quantité, et se contenta de 2 *à* 4 *grammes*, faisant varier la dose suivant l'intensité de la maladie. Aujourd'hui on se contente généralement de 1gr,50 ou 2 grammes; rarement on en prescrit 3 grammes. Cependant M. Monneret a constaté qu'en prenant certaines précautions, on peut aller sans danger jusqu'à 4 et 5 grammes. Voici comment la manière d'administrer ce médicament est exposée par M. Monneret (3) : « Le sulfate de quinine doit être pris exclusivement par la bouche, et dans une potion de 150 à 180 grammes. On forme cette potion avec de l'eau distillée ou une solution gommeuse que l'on édulcore avec le sirop de limon, de groseille, de framboise, etc. Le sulfate de quinine doit toujours être entièrement dissous à l'aide d'un petit excès d'acide sulfurique : il est par conséquent à l'état de bisulfate; peut-être les accidents que l'on a eu à déplorer, à l'époque où l'on essayait la médication quinique, tiennent-ils à ce que l'on a négligé de prendre la précaution que nous venons d'indiquer. Il faut ne donner la potion qu'à doses fractionnées, toutes les heures par exemple, et s'arrêter lorsque l'on aperçoit les troubles du système nerveux qui indiquent un commencement d'intoxication. Si l'on se conforme rigoureusement aux règles que nous venons de tracer, on peut prescrire le sulfate de quinine à doses élevées, et pendant longtemps, sans avoir à regretter le moindre accident sréieux. »

(1) Voy. *Union médicale*, 12 mars 1850.
(2) *Bulletin de l'Acad. de méd.* Paris, 1842, t. VIII, p. 152, 898.
(3) Monneret et Fleury, *Compendium de médecine pratique*, art. Rhumatisme, t. VII, p. 390.

Nous devons d'abord approuver complétement ces précautions; car, lorsqu'on arrive à des doses aussi élevées d'une substance dont les qualités toxiques sont connues de tout le monde, on ne saurait avoir trop de prudence. Il serait même à désirer que des expériences très précises nous apprissent jusqu'à quel point on peut porter, sans inconvénient, la dose du sulfate de quinine suivant la force, l'âge et le sexe des malades, ce qui n'a pas encore été fait, et ce qui est très difficile.

Maintenant, quels sont les résultats qu'on a obtenus à l'aide de cette médication? Ici encore nous sommes arrêté par les nombreuses considérations que j'ai énumérées en parlant des autres médications spéciales. Les auteurs ne se sont pas assez pénétrés de la nécessité de fixer avec la dernière précision le début de la maladie et d'établir rigoureusement le commencement de la convalescence. Aussi on peut dire hardiment qu'il est encore impossible de connaître toute la valeur de cette médication. Il y a toutefois certains faits acquis à la science, et que je vais exposer rapidement.

Si d'abord on recherche quelle est l'action du sulfate de quinine à la plus haute dose à laquelle il a été donné, on voit, d'après des faits cités par MM. Briquet, Monneret et plusieurs autres médecins, que fréquemment les douleurs rhumatismales les plus violentes s'apaisent au bout de vingt-quatre ou trente-six heures; mais il est plus rare de voir cette amélioration remarquable se continuer ensuite sans interruption. On a cité, en effet, des cas nombreux dans lesquels des douleurs complétement dissipées se sont reproduites avec une nouvelle violence au bout de deux ou trois jours, de telle sorte qu'il a fallu les attaquer une seconde et même une troisième fois avec la même vigueur. Or, en pareil cas, le danger est dans l'administration trop longtemps continuée des doses considérables dont il s'agit. Mais continuons d'étudier les effets du médicament.

En même temps que les douleurs se dissipent, la fièvre tombe, et de plus de 100 pulsations le pouls descend rapidement à 80 et 70. Cependant on a exagéré sous ce rapport, la grande efficacité du sulfate de quinine, puisque nous avons vu plus haut qu'il est rare que, dans le rhumatisme articulaire aigu, le pouls s'élève au-dessus de 90 pulsations, alors même que les douleurs sont le plus intenses. Du reste, ce qui arrive pour les douleurs arrive aussi pour l'état du pouls, c'est-à-dire que, dans les recrudescences fréquentes, le pouls reprend son accélération.

Malgré ces objections, on voit que, dans cette question, tout est subordonné au danger de l'administration de la substance toxique, car les recrudescences ne seraient pas une raison suffisante pour y renoncer, puisqu'on aurait toujours la ressource de les combattre avec le même moyen efficace. Mais on a cité des cas malheureux, et ces cas ont d'autant plus frappé les esprits, que, suivant la remarque qui a été faite précédemment, le rhumatisme articulaire aigu n'est presque jamais une maladie mortelle par elle-même. Toutefois je crois qu'on a été trop loin en attribuant à l'emploi du sulfate de quinine à haute dose tous les accidents qui sont survenus pendant son administration. J'ai cité plus haut un cas dans lequel, contre toutes les prévisions, la maladie s'est promptement terminée par la mort; si, dans ce cas, on eût administré le sulfate de quinine, on aurait accusé ce médicament de cette terminaison funeste. Je sais qu'il existe d'autres faits absolument semblables

conséquent, il faut être réservé dans ces accusations. Mais il n'en est certain qu'on n'avait jamais entendu parler d'aussi nombreux accidents l'emploi des médicaments à haute dose, et du sulfate de quinine en Cette seule considération était de nature à faire abandonner les doses s du sel de quinine, et c'est aussi ce qui a été fait. M. Briquet lui-même e plus aujourd'hui que des doses plus modérées, et ne dépasse pas nmes.

ose, le sulfate de quinine ne produit pas des résultats aussi frappants s précédemment indiquées ; c'est un fait reconnu par tous ceux qui ont ge ces diverses quantités du même médicament. Mais, d'après les re- e plusieurs auteurs et ce que j'ai observé moi-même, il est loin d'être té, même après qu'on a ainsi réduit les proportions auxquelles on l'ad- u bout de deux ou trois jours, les douleurs s'apaisent, ne tardent pas e plus ou moins complétement dans une assez grande majorité des cas, oment les choses se trouvent dans le même état que lorsque le sulfate de té administré à dose supérieure. Les rechutes sont-elles plus fréquentes ses modérées ? C'est ce qui paraît probable, mais ce qu'il est impossible firmer en l'absence de documents suffisants. Il est bien à désirer que s comparatifs nous soient communiqués à ce sujet, afin que le médecin irigé avec précision dans sa pratique.

erches que j'ai citées plus haut ont démontré que les affections qui t le rhumatisme articulaire aigu, et en particulier l'endocardite et la ne sont pas avantageusement influencées par l'administration du sul- ine à haute dose ; mais rien ne prouve aussi que, dans ces cas particu- dicament ait le moindre effet défavorable.

: également des faits que le sulfate de quinine n'a aucune influence sur t sur l'intensité des symptômes de l'affection articulaire, lorsqu'elle est seul article, en d'autres termes, dans les cas auxquels on a donné le *umatisme mono-articulaire*. Or, n'est-ce pas là encore une nouvelle aveur de l'opinion que j'ai soutenue plus haut, en m'appuyant sur des és avec le plus grand soin ? N'est-ce pas là une nouvelle raison de croire étendus *rhumatismes mono-articulaires* ne sont le plus souvent, si ce rs, autre chose que l'*arthrite aiguë* dont je donnerai la description dans icles suivants, et ne devons-nous pas ajouter ce signe différentiel à eront présentés dans l'article dont il s'agit ? Ainsi de quelque manière nvisagions les faits, nous arrivons à prouver qu'il existe deux maladies tanées ayant leur siége dans les articulations, et ayant sans doute beau- nptômes communs, mais, d'un autre côté, offrant des différences trop ur ne pas frapper un observateur éclairé ; que l'une, l'*arthrite*, est la flammation articulaire ; que l'autre, le *rhumatisme articulaire aigu*, apparences, a quelque chose d'essentiellement spécial, et qu'une étude e a pu seule les faire confondre.

nt, quelle conduite doit tenir le praticien ? Je pense d'abord que, jus- e l'on ait démontré mieux qu'on ne l'a fait jusqu'à présent que le sulfate , donné à la dose de 4, 5 et 6 grammes, est innocent des catastrophes té accusé, on doit s'abstenir de ces doses énormes de sulfate de quinine.

Dans les cas peu intenses, on peut facilement se passer de ce médicament, des moyens fort simples amenant promptement le soulagement des malades, et la guérison étant certaine. Dans les autres cas, les doses modérées (1 gramme 50 centigrammes, ou 2 grammes) peuvent être employées, sans négliger les précautions indiquées plus haut, et l'on a lieu d'en attendre une amélioration assez marquée, tout en ne s'exposant pas à des accidents funestes.

Cependant les recherches récentes de MM. H. Bourdon, Vigla, etc., sur le rhumatisme cérébral, doivent entretenir les craintes des médecins, car la mort est survenue par des accidents de ce genre dans plusieurs cas où le sulfate de quinine avait été mis en usage.

J'ajoute, pour compléter ce que j'ai à dire sur cette médication particulière, que les phénomènes par lesquels commence à se manifester l'intoxication sont les étourdissements, la titubation, les éblouissements ou un trouble quelconque de la vue, la surdité; lorsque des idées délirantes, le soulèvement de l'estomac, l'ardeur épigastrique, en un mot, l'ensemble des phénomènes auxquels on a donné le nom d'*ivresse quinique*, vient à se manifester, le danger devient grand. Le médecin devra donc toujours suivre avec une grande attention les effets immédiats du médicament, afin de pouvoir s'arrêter si les phénomènes que je viens d'indiquer se manifestent avec trop d'intensité.

Comment agit le sulfate de quinine? Cette question n'est pas aussi oiseuse qu'on pourrait le croire au premier abord, même dans un ouvrage pratique comme celui-ci. Si l'on a égard aux phénomènes immédiats produits par ce sel, et que je viens d'indiquer, on est admis à croire que c'est principalement à son action sur le système nerveux que le sulfate de quinine doit ses effets avantageux dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. On voit, en effet, dans cette affection, comme, au reste, dans toutes les maladies douloureuses, la douleur disparaître dès que le délire survient; c'est au point qu'un sujet qui, auparavant, ne pouvait pas supporter le moindre mouvement, se lèvera de son lit, agitera ses membres, etc. Un commencement d'ivresse quinique ne doit-il pas avoir un effet analogue? On objectera, il est vrai, que, dans un certain nombre de cas, non-seulement la douleur a été calmée, les articulations ont repris leur souplesse, mais encore la marche de la maladie a été arrêtée. Ces faits nous prouvent que l'action sur le système nerveux n'est pas la seule, mais non qu'elle n'est pas la principale; car on conçoit très bien que la douleur excessive, les autres symptômes locaux, l'insomnie qui en résulte, peuvent entretenir l'état fébrile pendant un temps assez long, et que si on les fait cesser, on peut abréger beaucoup la maladie. Cette considération, je le répète, n'est pas sans importance; car si l'on en admet la justesse, on sera porté à pousser l'action du sulfate de quinine jusqu'à un commencement d'ivresse, tout en surveillant attentivement les phénomènes. Mais n'oublions pas que l'étude des faits, sous ce point de vue, peut seule nous apprendre si cette explication est bien exacte.

Je ne saurais mieux faire, pour compléter ces considérations sur une question si importante, que de rapporter ici les conclusions d'un travail très consciencieux de M. le docteur Vinet (1). Ces conclusions sont ce que nous avons aujourd'hui de

(1) *Traitem. du rhumat. articulaire aigu par le sulfate de quinine*, thèse. Paris, 1847.

récis sur ce sujet, et elles résument très bien ce point de thérapeutique.
Le bisulfate administré aux doses croissantes de 1, 2 et même 3 grammes s vingt-quatre heures pendant un certain nombre de jours, pourvu que les oient fractionnées, chez les malades affectés de rhumatisme articulaire, ne aucun accident grave : les effets sont seulement incommodes aux malades. la dose de 3 grammes n'est pas convenablement fractionnée, ou bien si les ie sont pas suffisamment séparées les unes des autres, il pourra survenir iissements, des défaillances, des troubles vers le cerveau.

Les troubles vers les sens de l'ouïe, de la vue, vers le cerveau, apparaissent ral les premiers, sont beaucoup plus nombreux, beaucoup plus incommodes x qui se produisent vers le tube digestif. Les troubles sont le plus souvent ort direct, par leur intensité, avec les quantités de médicament ingéré et oilité plus ou moins prononcée des individus : d'où la nécessité de propor-les doses aux forces, au tempérament des sujets : ces troubles cèdent en peu de temps après que l'on a suspendu l'emploi du sulfate de quinine.

La présence du sulfate de quinine dans les urines des malades qui ont été à son action se constate au moyen de bi-iodure de potassium.

Le sulfate de quinine, donné aux doses modérées indiquées ci-dessus, pro-e sédation remarquable, et quelquefois très prompte, sur la circulation et eurs dans le rhumatisme articulaire.

Il exerce sur l'ensemble de cette maladie une action incontestable, puissante. moitié des cas, cette action est prompte, durable ; dans l'autre moitié, elle e, incertaine et ne prévient pas les rechutes ; dans quelques cas exception-le est nulle.

Les cas où son action semble le plus favorablement s'exercer sont en général t les symptômes tant locaux que généraux sont le plus prononcés.

Dans les cas où il procure une guérison prompte, il peut prévenir un déve-ent des complications cardiaques ; dans les cas où son action est plus lente, mble pas influencer défavorablement les complications qui peuvent naître peuvent coexister vers les organes intérieurs. Ces complications ne peuvent ullement contre-indiquer son emploi. Comme il est insuffisant à résoudre rtaines de ces affections, il est nécessaire de lui adjoindre dans ces cas les s sanctionnés par l'expérience comme les plus propres à les combattre avan-ement.

Il produit ses effets thérapeutiques d'autant plus promptement en général, st administré à plus forte dose : c'est souvent à la suite d'une perturbation se un peu intense que se voient les effets thérapeutiques les plus remar-s.

Administré pendant la rechute, il produit les mêmes effets que pendant la re période de la maladie. »

s allons passer maintenant à d'autres médications qui n'ont pas été étudiées même soin, et dont le degré d'efficacité est plus difficile à établir.

itifs. — Nous avons vu plus haut comment on a mis en usage le tartre stibié e dose, et quels sont les résultats qu'on en a obtenus. Il s'agit ici des vomi-lose modérée. Peu de médecins les ont conseillés comme moyens curatifs. néral, on ne les administre que dans quelques circonstances particulières

et lorsqu'on suppose qu'il existe un état saburral de l'estomac. Cependant Scudamore et Horn (1) affirment avoir obtenu de bons effets des vomitifs répétés. Mais on sent combien cette assertion est dépourvue de preuves, et c'est pourquoi je passe outre.

Récamier a recommandé une préparation antimoniale, dont je crois devoir dire un mot ici : c'est l'*oxyde blanc d'antimoine*. Voici comment il l'administre :

℞ Looch blanc,

ou bien :

Mucilage de gomme adrag. 120 gram. | Oxyde blanc d'antimoine.... 1 gram.

Mêlez. Agitez le mélange avant de le prendre. Dose : une ou deux cuillerées à soupe toutes les deux heures.

On élève chaque jour graduellement la dose de l'oxyde blanc d'antimoine jusqu'à 1 gramme 50 centigrammes ou 2 grammes.

Purgatifs. — Les médicaments dont il va être question ici ne sont pas regardés, plus que les vomitifs, comme ayant une grande efficacité. On se contente, en général, de les administrer pour entretenir la liberté du ventre, et pour empêcher les efforts douloureux pour aller à la garderobe. Cependant Cullen voulait qu'on donnât les purgatifs à doses élevées, et quelques médecins attachent une certaine importance à cette médication. Rien ne prouve qu'ils aient raison, et la pratique ordinaire doit seule être conseillée. Or, comme il s'agit uniquement de procurer des selles modérées au malade, et que l'on peut considérer la substance purgative comme indifférente, je n'entrerai pas à ce sujet dans de plus grands détails, et je me contenterai de dire qu'on emploie l'*huile de ricin*, l'*eau de Sedlitz*, le *jalap*, la *scammonée*, etc.

Mais il est deux substances dont il importe de dire quelques mots en particulier : ce sont le *calomel* et les *préparations* de *colchique*. Le calomel a une double action ; aussi le retrouverons-nous parmi les mercuriaux. Il est fréquemment donné en Angleterre à dose purgative aussi bien qu'à dose altérante. Dans le premier cas, on en donne 50 à 60 centigrammes. Il faut surveiller attentivement, dans son emploi, l'état de la bouche, car quelquefois la salivation se produit très promptement. Quel est l'effet de ce médicament sur la marche de la maladie et sur l'intensité des symptômes ? Aucun travail exact ne nous permet de répondre catégoriquement à cette question. Dans les pays où on le met en usage, c'est par tradition, mais nullement parce qu'on en a constaté les bons effets d'une manière rigoureuse.

Want fut le premier qui fit connaître l'efficacité du *colchique* dans les affections articulaires ; mais comme c'est principalement dans le traitement de la *goutte* qu'il a observé ces résultats, j'indiquerai la préparation qu'il recommande en parlant de cette maladie. Parmi les auteurs qui ont préconisé ce remède, nous trouverons Everard Home, les docteurs Williams, Copland, Chelius, etc.

Les uns prescrivent la *teinture de semences*, les autres la *teinture de bulbes*, d'autres le *vin de colchique*. Je vais indiquer ces préparations, parce qu'il est

(1) Horn's *Arch.*, 1808.

important qu'elles soient bien faites, l'usage du médicament pouvant être très dangereux.

Teinture de semences de colchique.

℞ Semences de colchique.. 64 gram. | Alcool à 33°............ 500 gram.

Faites macérer pendant huit jours et filtrez. Dose : d'abord vingt ou trente gouttes, dans de l'eau sucrée ou de la tisane. Augmentez ensuite la dose graduellement, en surveillant l'état de l'estomac et les intestins, qui peuvent s'irriter facilement. A dose modérée, ce médicament est rangé parmi les *diurétiques*, mais c'est réellement un éméto-cathartique.

La dose précédente doit, comme je viens de le dire, être augmentée graduellement, mais il ne serait pas prudent de dépasser 3 ou 4 grammes.

Teinture de fleurs de colchique.

℞ Fleurs sèches de colchique. 30 gram. | Eau-de-vie.............. 500 gram.

Faites macérer; exprimez au bout de huit jours.

Le docteur Buschell préfère cette préparation qu'on administre comme la précédente.

Teinture de colchique composée.

℞ Semences de colchique.. 150 gram. | Esprit de sel ammoniac aromat. 1100 gram.

Cette préparation, qui appartient au docteur Williams, est regardée comme plus active que les autres. Elle s'administre de la même manière que les précédentes.

Vin de colchique.

℞ Bulbes de colchique frais.. 100 gram. | Alcool à 22°................ 10 gram.
Vin de Malaga........... 55 gram. |

Faites macérer pendant huit jours. Dose : vingt à quarante gouttes dans une potion. — On augmente graduellement la dose jusqu'aux limites précédemment indiquées.

Je pourrais encore citer le *sirop de colchique*, la *teinture de bulbes de colchique*, etc.; mais les préparations précédentes suffisent.

Maintenant que faut-il penser de l'efficacité de ce médicament? Il a été essayé en France, et, après en avoir vanté les bons effets, on l'a généralement abandonné. D'un autre côté, les auteurs qui l'ont recommandé n'ont pas démontré son efficacité d'une manière rigoureuse; enfin on a signalé des cas dans lesquels des accidents ont été produits, et ces considérations ne sont pas de nature à engager à recourir à un pareil traitement. Il faut donc attendre, pour le recommander avec conviction, que des faits nombreux et bien observés soient venus nous prouver que le rhumatisme articulaire aigu, sous l'influence de l'administration du colchique, a une durée moindre, et que ses principaux symptômes perdent promptement de leur intensité.

Vératrine. — M. Piedagnel (1) a substitué la *vératrine* à la teinture de col-

(1) *Journal des connaissances méd.-chir.*, 1er août 1852.

chargé : il administre ce médicament par pilules d'un demi-centigramme chacune. Le premier jour, il prescrit trois de ces pilules, une le matin, une à midi, une le soir ; chaque jour il augmente d'une, et va ainsi jusqu'à dix. L'action de ce médicament n'est pas encore complètement jugée. Il n'est pas permis de se prononcer d'une manière définitive. J'ajoute seulement qu'il faut en surveiller les effets, car il peut survenir des troubles fonctionnels assez sérieux, si l'on n'agit pas avec prudence. M. Aran a également expérimenté ce médicament.

Narcotiques.—Les narcotiques ont été fréquemment mis en usage dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Dans la médication ordinaire, on se contente d'administrer 5, 10 ou 15 centigrammes d'opium, dans le but de rendre les douleurs plus supportables, surtout la nuit ; mais souvent on a fait des narcotiques le médicament principal, et alors on a porté le médicament à une dose plus élevée, à l'exemple de Requin et de M. Corrigan (1). Ce dernier médecin a administré jusqu'à 60 centigrammes d'opium par jour.

L'opium à l'intérieur peut être porté à 20, 30 et même 50 centigrammes graduellement, et quelquefois, comme on vient de le voir, on a encore augmenté cette dose. On a, dans ces derniers temps, préconisé les *sels de morphine* appliqués suivant la méthode endermique. Suivant MM. Trousseau et Bonnet (2), les sels de morphine agissent presque exclusivement par leurs effets locaux ; aussi, bien qu'ils aient réussi à faire disparaître assez promptement les douleurs dans certaines articulations, ils n'ont produit aucun effet bien marqué sur la marche de la maladie et la douleur, dissipée dans un point, ne tardait pas à se porter dans un autre. Pour appliquer ainsi la morphine, on place sur l'articulation malade un *petit vésicatoire ammoniacal*, que l'on panse deux fois par jour avec 1 ou 2 centigrammes d'*hydrochlorate de morphine*. On multiplie les vésicatoires suivant le nombre des articulations malades.

Ce qui prouve encore que cette administration de la morphine par la méthode endermique n'a pas, en définitive, une très grande efficacité, c'est que M. Trousseau recommande d'en seconder les effets par l'emploi des purgatifs.

La *belladone* n'a guère été employée qu'à l'extérieur. Le docteur Blakett prescrit les *bains de belladone*, que l'on compose en faisant dissoudre dans l'eau du bain 30 grammes d'extrait de belladone. Cet auteur ne cite qu'un seul fait à l'appui de cette médication. D'autres auteurs ont prescrit des frictions avec des liquides contenant de la belladone; on a appliqué des cataplasmes faits avec une décoction de cette plante, etc. Je n'insiste pas sur ces moyens, qui n'ont rien de spécial ; aussi me contenterai-je de citer, sans plus d'explications, la *jusquiame*, l'*aconit*, la *ciguë*, la *douce-amère*, la *poudre de Dower*, comme ayant été vantés, et d'indiquer la formule suivante, dans laquelle on trouve des narcotiques unis à d'autres substances ; elle appartient à Brera :

Acétate de morphine....	0,05 gram.	Aconit...............	0,20 gram.
Acide acétique distillé...	Q. s.	Réglisse en poudre.....	2 gram.
Sulfure d'antimoine.....	0,10 gram.	Miel despumé.........	Q. s.

Faites huit bols. Dose : un toutes les deux heures.

(1) *Journal des connaissances méd.-chir.*, avril 1840.
(2) *Rech. sur les préparat. de morphine dans le traitem. du rhumatisme*, etc.

rtan (1) associe le *sulfate de morphine* à la dose progressive de 0gr,01 à r jour avec l'*extrait d'aconit* de 0gr,1 à 0gr,2. « Depuis vingt-cinq ans, lecin, je n'ai jamais vu un rhumatisme, quelque intense qu'il fût, résister ıinze jours à l'emploi de ce traitement. » C'est à l'observation ultérieure à éfinitivement sur ce point ; remarquons toutefois que la durée de quinze r le traitement est déjà considérable.

iaux. — J'ai déjà parlé du calomel comme purgatif; on en fait également fréquent en Angleterre, à dose altérante. On en administre 5, 10, 15 cen- ı par jour, à doses fractionnées et à intervalles égaux, pendant qu'on em- réparations mercurielles à l'*extérieur.*

res préparations mercurielles administrées à l'intérieur, comme la *liqueur wieten*, les *pilules de deutochlorure*, etc., ont été principalement diri- e le rhumatisme articulaire chronique; il est donc inutile d'en parler ici. ulement que, suivant Niemann, le *mercure associé à l'opium* est le meil- n à opposer au rhumatisme articulaire aigu; mais c'est là une assertion d besoin de preuves.

rieur, le mercure est employé presque uniquement sous forme de *fric- l'onguent mercuriel.* On a publié (2) quelques faits dans l'intention de l'efficacité de cette médication; mais je dois dire que ces faits sont in- et que nous n'en possédons pas d'autres plus concluants ; en sorte que core un moyen qu'il faut se contenter de signaler au praticien, sans le ıitivement. Les frictions avec l'onguent mercuriel doivent être faites sur articulations malades et répétées deux ou trois fois par jour. On doit haque fois une dose considérable d'onguent mercuriel (4, 8, 15 grammes), ırtissant la quantité totale sur les points affectés, suivant l'intensité des ı.

ercq (3) a rapporté sept observations pour prouver l'efficacité du *calomel éfractées* dans le rhumatisme articulaire aigu. Déjà cette médication ıivie par M. Robert-Law (4) et M. Duclos (5). M. Blache (6) l'a également tée, et, dans les cas qu'il a cités, les symptômes se sont rapidement amé- observations de ce dernier médecin ont plus d'importance que toutes parce qu'il a administré le calomel à peu près seul. Cette substance est e de la manière suivante :

ıel............. 0,05 gram. | Sucre en poudre........... 5 gram.

ı douze paquets. A prendre d'heure en heure dans une cuillerée d'eau.

emarquer que, dans les cas cités, le rhumatisme n'a cédé qu'au bout de ıurs, et l'on doit multiplier les expériences avant de se prononcer sur la remède.

ıal *des connaissances méd. prat.*, août 1852.
tte médicale de Montpellier.
ı *médicale*, 16 juin 1849.
Dublin Journ. of med. sciences.
tin gén. de thérap., 1846.
ı *médicale*, 16 juin 1843.

Compression. — Je parlerai, dans l'article consacré à l'arthrite aiguë simple, de la compression exercée sur l'articulation malade ; le même moyen, suivant les auteurs, a été employé avec succès dans le rhumatisme articulaire aigu, et l'on a cité, à l'appui de cette assertion, les faits rapportés par M. Varlez (1) ; mais quelques mots d'explication sont nécessaires à ce sujet. Les faits publiés par M. Varlez sont peu nombreux ; quelques-uns peuvent être regardés comme des exemples d'*arthrite aiguë*, et quant aux autres, on voit qu'il n'y a eu qu'un petit nombre d'articulations prises (trois au plus), et que ces articulations peuvent être facilement comprimées. Ce sont, en effet, les poignets, les genoux, le cou-de-pied. Ce n'est donc que dans des circonstances particulières que ce moyen peut être employé. Sous son influence, M. Varlez a vu d'abord les douleurs augmenter notablement, puis disparaître avec promptitude. Il pratiquait la compression à l'aide d'un bandage roulé sur une grande étendue du membre, et l'on arrosait ensuite le bandage avec une décoction émolliente. Ce qui diminue encore la confiance qu'on peut avoir dans ce traitement, c'est qu'il n'a pas été employé seul, et qu'on a eu recours, dans plusieurs cas, aux émissions sanguines locales. Du reste, c'est là un sujet intéressant de recherches.

Bandage inamovible. — M. Forget (de Strasbourg) (2) a employé dans le rhumatisme aigu le *bandage inamovible amidonné*. Il a vu au bout de peu de temps ce moyen calmer les douleurs, et permettre aux malades des mouvements qu'ils ne pouvaient pas faire auparavant. Ce moyen local mérite d'être expérimenté de nouveau.

Hydrothérapie. — M. le docteur Fleury (3) a obtenu une guérison complète dans des cas de rhumatisme aigu, à l'aide de la *douche froide*, de la *sudation*.

M. le docteur Andrieux (de Brioude) (4) a cité deux cas dans lesquels l'application de l'*eau froide*, à l'aide de l'enveloppement dans des draps mouillés, a promptement fait cesser les douleurs du rhumatisme articulaire aigu, et a procuré une prompte guérison. Il faudrait des faits plus nombreux pour se prononcer sur ce traitement.

Vésicatoires. — M. le docteur Dechilly a employé, dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, les *larges vésicatoires volants* sur toute l'étendue des articulations malades pendant la période la plus aiguë. Cette méthode, qui n'est pas tout à fait nouvelle, ainsi que l'a fait remarquer Martin-Solon dans son rapport sur le mémoire de M. Dechilly, a donné lieu à une grande discussion à l'Académie de médecine (5), et il est résulté de l'examen des observations faites par plusieurs membres, et en particulier par M. Michel Lévy, que ces observations n'étaient pas aussi concluantes en faveur de ce traitement que paraissait le croire l'auteur. Il n'a d'autres avantages que de hâter la résolution dans quelques articulations plus ou moins gonflées et douloureuses.

(1) *De l'utilité de la compression contre les phlegmasies articulaires connues sous le nom de rhumatisme articulaire aigu*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, t. XIV, 1re série, 1827).

(2) *Traitem. mécanique du rhumat. articulaire aigu* (*Bull. gén. de thérap.*, juin 1848).

(3) *Séances de l'Acad. des sciences*, 21 janvier 1850.

(4) *Union médicale*, 23 mars 1848.

(5) Voy. le Rapport de Martin-Solon et la discussion dont il a été l'objet. (*Bulletin de l'Acad. de médecine*, Paris, 1850, t. XV, p. 665 et suiv.).

ésiques.—Récemment M. le docteur Aran a rapporté des faits très inté-
n faveur de l'emploi local du *chloroforme* et de la *liqueur des Hollan-*
er chlorhydrique chloré). Il a vu que les applications de ces substances
ment calment les douleurs, mais encore apaisent les symptômes généraux.
r des Hollandais a sur le chloroforme le grand avantage de ne pas enflam-
au.

s divers. — Il serait beaucoup trop long de passer en revue avec détail
utres moyens dirigés contre le rhumatisme articulaire aigu; ils sont, en
rêmement nombreux, et l'expérience n'a pas assez formellement prononcé
r de la plupart d'entre eux pour qu'il soit nécessaire de les étudier lon-

tionnerai d'abord le *gaïac*, vanté par le docteur Seymour (1) et le docteur
(2). Le premier a employé le gaïac après la saignée, et n'ayant pas fait la
e dernier moyen, il n'a pas suffisamment fait connaître l'efficacité de cette
e. Le second a mis en usage la préparation suivante :

c porphyrisé..........	4 gram.	Acétate de morphine.....	0,05 gram.
illes d'oranger.........	5 gram.		

Divisez en seize paquets. Dose : un toutes les deux heures, dans une infusion bé-

part, on voit que, dans ce traitement, on a mis en usage l'acétate de mor-
nt l'action doit entrer en ligne de compte, et de l'autre, les faits rapportés
eraire ne sont pas, ainsi que le font remarquer les auteurs du *Compen-*
sez concluants pour mettre complétement hors de doute l'efficacité du

e de potassium. — Le docteur Bogros (3) annonce qu'il a obtenu de bons
par le traitement suivant, qui est compliqué, mais dont le moyen le plus
ît être l'iodure de potassium.

r tisane, infusion de tilleul avec addition de 4 grammes de *carbonate de*
r litre.

au de tilleul........	150 gram.	Teinture de digitale........	2 gram.
odure de potassium...	4 gram.	Sirop de morphine.........	32 gram.

Dose : une cuillerée à bouche toutes les trois heures.

tiquer sur les membres des embrocations avec parties égales de *baume*
le et d'huile camphrée.

decin a recueilli bon nombre d'observations à l'appui de ce traitement,
en cite qu'une.

e citron. —Le docteur Ciraud (4), encouragé par les résultats obtenus par
ins (de Bruxelles), a employé chez un malade dont il cite l'observation, le
itron, à la dose de 3 onces par jour, concurremment avec quelques légers

pport sur la méd. la plus effic. dans le trait. du rhum. art. aigu. (*Gaz. méd.*, 1838).
l'emploi du gaïac en poudre dans le rhum. articul. aigu (*Gaz. méd.*, 1843).
urn. des connaissances méd.-chir., 15 septembre 1852.
urn. des connaissances méd.-chir., 16 mai 1851.

purgatifs, et l'on a vu ce cas très grave guérir rapidement sous l'influence de cette médication. Ce moyen si simple mérite d'être expérimenté de nouveau.

L'énumération suivante, donnée par MM. Monneret et Fleury que je viens de citer (1), me paraît devoir trouver place ici : « Nous nous bornerons, disent-ils, à énumérer les médicaments dont voici la liste : *soufre; sous-carbonate de fer; camphre en fumigation* (2) ; l'*huile essentielle de térébenthine* (12 grammes d'*huile éthérée* mêlée à du *miel*) ; la *teinture* et l'*extrait d'artichaut* (3) ; la décoction rapprochée de *ballota lanata* (4). »

« J. Floyer, ajoutent ces auteurs, a vanté les bons effets du *bain froid ;* il commençait par tirer du sang, par purger, et faisait plonger le malade dans un bain froid, lorsqu'il n'y avait plus de chaleur ni de sueur à la peau (5). » On voit que, dans ce traitement, le bain froid n'a qu'une importance très secondaire.

Je signalerai encore le *nitrate de potasse en lavement*, recommandé par Vogel. Ce médecin prescrivait :

℞ Nitrate de potasse.... 4 à 6 gram. | Petit-lait..... Q. s. p. un lavement.

A prendre le soir, pendant l'exacerbation. Garder ce lavement la nuit.

Viennent ensuite la *digitale pourprée* (Robert Thomas) ; le *polygala de Virginie* (Sarcone) ; le *tartre stibié en solution* à l'extérieur, recommandé par Delpech, qui l'appliquait ainsi qu'il suit :

℞ Tartre stibié..... 0,15 à 0,20 gram. | Eau distillée........ 240 gram.

Faites des fomentations sur les articulations douloureuses.

Mais en voilà assez sur ces médicaments, qui, je le répète, n'ont pas pour eux la sanction de l'expérience.

J'ai indiqué plus haut les *saignées modérées*. Ce moyen fait partie d'un traitement qu'on peut appeler le traitement ordinaire du rhumatisme articulaire aigu, et que, pour cette raison, je dois exposer ici. Il a été formulé par Chomel ainsi qu'il suit :

Traitement de Chomel. — *Au début :* Saignées répétées une ou deux fois au plus ; applications de sangsues, si l'articulation est le siége de douleurs intolérables ; *cataplasmes émollients*, surtout si le malade éprouve une sensation de froid ; *bains tièdes*, avec toutes les précautions nécessaires pour éviter le refroidissement ; *boissons fraîches*, en petite quantité, de demi-heure en demi-heure, si les sueurs sont abondantes ; température de la chambre à 12° R. ; sommier de crin au lieu d'un matelas de laine. Dans les cas de douleurs atroces, faire usage, s'il se peut, d'un lit mécanique qui rende les mouvements moins douloureux. Donner aux articulations malades une position élevée à l'aide d'oreillers.

Quant au *régime*, il consiste d'abord dans une diète absolue, mais il ne faut pas tarder, lorsque la fièvre a notablement diminué, à permettre quelques aliments

(1) Voy. *Compendium*, art. *Rhumatisme.*
(2) Dupasquier, *Revue méd.*, juin 1826, et *Journ. des conn. méd.-chir.*, décembre 1834.
(3) Copeman, *Extrait des journ. anglais*, dans *Gazette médicale de Paris*, 1837.
(4) Brera, *Journ. it.*, dans *Journ. des connaissances méd.-chir.*, 1835.
(5) *Hist. de l'Acad. roy. des sciences*, 1770.

;, et dès qu'elle a complétement disparu, on rend graduellement la nourriture substantielle.

rsque la maladie est vers son déclin, *sudorifiques* et surtout *bains de r.*

la maladie se complique de péricardite ou de pleurésie, combattre la phleg- intercurrente par de nouvelles saignées générales et locales, et maintenir le e à une diète sévère.

sumé. — Je viens de passer en revue les principaux moyens mis en usage le rhumatisme articulaire aigu. Quelle est maintenant la conduite que doit le médecin dans les divers cas qui peuvent se présenter à lui? Il est évident traitement auquel Chomel a recours, et que je viens de faire connaître, dans les cas peu intenses dans lesquels il n'y a qu'un petit nombre d'articula- atteintes à la fois, et qui ne présentent qu'un léger mouvement fébrile.

la réaction fébrile était plus considérable et les douleurs plus grandes, on it, d'après les faits rapportés plus haut, recourir au sulfate de quinine à la le 1 gramme 50 centigrammes ou 2 grammes; et si le cas était encore plus it, il faudrait, tout en administrant ce dernier médicament, insister davantage s émissions sanguines.

narcotiques à dose modérée : l'opium, la poudre de Dower, etc., sont iistrés dans le but de rendre les douleurs moins insupportables et d'exciter eurs, en même temps que les autres moyens combattent efficacement la ie.

ant au nitrate de potasse à haute dose, j'ai indiqué plus haut les motifs qui ésiter dans son emploi, et pour tous les autres médicaments, nous pouvons qu'ils n'ont pas en leur faveur des faits assez concluants.

erait inutile de donner des ordonnances. Le traitement ordinaire ne varie, en que du plus au moins, suivant l'intensité de la maladie; et quant aux médi- s spéciales, je les ai suffisamment fait connaître.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

issions sanguines modérées; saignées coup sur coup; tartre stibié à haute nitrate de potasse à haute dose; sulfate de quinine à haute dose; vomitifs; tifs; calomel; colchique; narcotiques; mercuriaux; compression; vésica- ; anesthésiques; moyens divers; traitement de Chomel; régime.

ARTICLE II.

RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE.

peut dire avec assurance que le rhumatisme articulaire chronique est une aladies du cadre nosologique qui ont été le moins bien étudiées. En général, écrit sous ce nom toutes les douleurs à marche chronique qui ont leur siége es articulations ou aux environs, et qui s'accompagnent ou non du gonfle- de ces parties. D'où il est résulté, comme on peut facilement s'en assurer en urant les faits présentés par les auteurs, qu'on a confondu dans une même ption de simples douleurs musculaires ou nerveuses, les tumeurs blanches

et le rhumatisme articulaire chronique. La première erreur est la moins fâcheuse, car il a suffi d'étudier plus attentivement les faits pour apprendre promptement à distinguer les cas. Il n'en est pas de même de la seconde, et aujourd'hui encore on voit les auteurs attribuer au rhumatisme articulaire chronique les lésions trouvées dans les affections connues sous le nom vague de *tumeurs blanches*, tandis que rien ne prouve que ces tumeurs soient la conséquence de l'affection dont nous nous occupons ici.

Dans les *Leçons cliniques* de Chomel, publiées par Requin, la description du rhumatisme articulaire chronique et celle de la *goutte* se trouvent tellement mêlées, qu'il est impossible de distinguer ce qui appartient à l'une et à l'autre de ces maladies. Il est regrettable qu'il en soit ainsi. Chomel et Requin, considérant le rhumatisme et la goutte comme des affections identiques, ont pu se croire autorisés à en présenter une description commune ; mais on se demande si, même dans cette manière de voir, il n'eût pas été plus utile de décrire séparément, avec beaucoup de soin, les cas auxquels on donne ordinairement le nom de *goutte*, ceux sur lesquels il ne peut exister aucun doute, et les cas qui ont tous les caractères attribués généralement au rhumatisme articulaire. De cette manière on eût mieux fait ressortir l'identité des deux maladies, si elle existait réellement, que par une discussion dont je ne nie pas la valeur, et dont je ferai plus loin mon profit (article *Goutte*), mais qui ne vaut jamais la simple exposition et l'analyse des faits.

Ainsi, au premier pas, on se trouve embarrassé quand il s'agit de présenter l'histoire du rhumatisme articulaire chronique, et l'embarras dans lequel se trouve quiconque veut approfondir les questions qui se rattachent à cette affection douloureuse ne cessera que lorsque l'observation la plus attentive nous aura appris à distinguer des faits qui n'ont entre eux que des rapports plus ou moins éloignés.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

De ce que je viens de dire, il résulte qu'il est extrêmement difficile de présenter une définition précise du rhumatisme articulaire chronique ; car, ainsi que le font très bien remarquer les auteurs du *Compendium*, dire que le rhumatisme articulaire chronique est l'inflammation chronique et spontanée des articulations, c'est ne rien dire, ou plutôt c'est avancer une assertion des plus contestables. Ces auteurs ont, de leur côté, présenté une définition qui ne me paraît pas s'appliquer à tous les cas, et qui n'est pas à l'abri de la critique dans une de ses parties : « Nous pensons, disent-ils, nous rapprocher autant que possible de la vérité en considérant l'arthro-rhumatisme chronique comme la forme chronique de la phlegmasie rhumatismale qui, après s'être manifestée une ou plusieurs fois sans laisser de trace de son passage, ne s'est pas terminée par une guérison complète, à cause de la prédisposition, ou de conditions morbides particulières. Il en résulte alors une ou plusieurs de ces altérations graves que l'on s'accorde à désigner sous le nom de *tumeurs blanches* (induration, suppuration, érosion des cartilages, etc.). On ne comprendrait pas pourquoi un certain nombre de tumeurs blanches n'auraient pas pour origine le rhumatisme chronique, lorsqu'on voit les phlegmasies aiguës ou chroniques des autres membranes séreuses provenir de causes très diverses. »

La valeur de ces raisons peut être contestée. D'abord il est des cas, et l'on en

dans les auteurs, où le rhumatisme articulaire chronique n'a pas été la con-
ce de l'apparition plusieurs fois répétée de l'affection rhumatismale aiguë
aiguë ; en second lieu, rien ne prouve que les tumeurs blanches soient pro-
par le rhumatisme ; enfin, il ne faut pas se borner à invoquer la possibilité
luence rhumatismale, il faut démontrer cette influence par les faits : c'est là
ment le fond de la question.

prétendre donner une définition à l'abri de tout reproche, je dirai que
matisme articulaire chronique consiste dans une douleur ordinairement
agnée de gonflement, continue, mais avec des exacerbations, et enva-
plusieurs articulations à des époques plus ou moins éloignées. Cette défi-
qui est un sommaire des principaux symptômes, est la seule qu'on puisse
er.

décrit cette maladie sous les noms d'*arthrite chronique*, d'*arthrite rhu-
ale*, de *douleurs articulaires*, etc.

on ne confond pas sous ce nom une foule d'affections qui n'ont entre elles
s ressemblances insuffisantes, on ne peut pas dire que le rhumatisme arti-
soit très fréquent ; il l'est beaucoup moins que le rhumatisme musculaire.

§ II. — Causes.

causes de cette affection sont fort obscures ; les auteurs les ont passées sous
, ou se sont contentés de rappeler les mêmes causes qu'ils ont assignées au
tisme articulaire aigu, en faisant observer qu'elles agissent plus lentement
moins de violence. Les observations qui ont été publiées ne nous permettent
combler cette lacune. Disons seulement que, dans quelques cas, on voit le
tisme articulaire, d'abord aigu, finir par prendre la marche chronique ; que
uvent les sujets accusent l'exposition prolongée au froid et à l'humidité
produit leur affection, qui s'est d'abord développée avec son caractère chro-
C'est dans les *climats* froids et humides qu'elle est observée le plus fréquem-
Chomel et Requin font entrer en ligne de compte l'hérédité ; mais il ne faut
lier qu'ils parlent en même temps du rhumatisme et de la goutte, en sorte
us ne connaissons rien de positif sur ce point. Je le répète, l'étude des causes
core à faire.

§ III. — Symptômes.

a divisé, pour la description des symptômes, le rhumatisme articulaire
que en léger et en intense.

symptômes du *rhumatisme articulaire chronique léger* sont les suivants :
r dans une ou plusieurs articulations, sans gonflement, sans altération de la
n'augmentant pas par la pression ; augmentant par le mouvement, permet-
anmoins encore la marche et le travail. Le froid exaspère cette douleur,
que la chaleur la diminue. Quelquefois, suivant les auteurs, la douleur serait
cée par un sentiment de fraîcheur.

e description est, comme on le voit, très vague. Pour ma part, je ne doute
'on n'ait donné bien des fois le nom de rhumatisme articulaire chronique léger

à des névralgies peu intenses occupant un espace limité, la hanche, par exemple, et dont on ne savait pas découvrir les vrais caractères. Quand il s'agit d'affections consistant en de simples douleurs, on ne saurait examiner les parties avec trop de soin, et c'est ce qu'on ne fait pas ordinairement. Je suis donc loin de garantir l'exactitude de cette description, et je recommande aux observateurs ce point obscur de pathologie.

Rhumatisme articulaire chronique intense. — La *douleur* est nécessairement un des principaux caractères du *rhumatisme articulaire intense;* elle est moins vive que celle du rhumatisme articulaire aigu, et fréquemment elle est complétement nulle lorsque l'articulation reste dans une complète immobilité. Lorsque la maladie n'a pas fait de très grands progrès, les *mouvements* sont encore possibles dans une certaine limite ; mais dès qu'on veut dépasser cette limite, la douleur devient insupportable, et égale presque celle du rhumatisme articulaire aigu.

Les articulations douloureuses présentent un *gonflement* plus ou moins notable lorsqu'elles ne sont pas recouvertes d'une grande épaisseur de parties molles, comme les genoux, les poignets, etc. Dans le cas contraire, et surtout lorsque ce sont les épaules qui sont affectées, on n'observe pas de gonflement sensible. Ce gonflement détermine une déformation très variable des articulations, ce qui tient à ce qu'il n'est pas égal partout.

La *peau* qui recouvre l'articulation tuméfiée ne présente rien de remarquable, à moins qu'il n'y ait une reproduction de l'état aigu, comme cela se voit quelquefois, auquel cas elle rougit un peu. La *chaleur* de l'articulation malade n'est pas augmentée. Si l'on imprime à l'articulation de légers mouvements, on y perçoit parfois un *frottement* sensible à la main qui indique des lésions dont je parlerai plus loin.

De l'immobilité à laquelle sont condamnées les parties dont les mouvements viennent retentir dans l'articulation, résulte leur *atrophie ;* c'est ainsi, par exemple, que, dans un rhumatisme articulaire chronique occupant le poignet, on voit les doigts qui ne peuvent se mouvoir sans que les tendons impriment ce mouvement à l'article, s'amincir et même perdre le libre jeu de leurs articulations propres. L'*ankylose* n'est pas rare.

Les *symptômes locaux* qui viennent d'être décrits diffèrent de ceux du rhumatisme articulaire aigu en ce qu'ils ne se déplacent pas rapidement, comme ceux-ci, pour se porter d'une articulation à l'autre. Mais nous verrons, en parlant de la marche du rhumatisme articulaire chronique tel que je l'entends, qu'il y a néanmoins quelque chose d'analogue.

Cependant les *fonctions digestives* se font librement, sauf, dans quelques cas, un peu de constipation. Ce n'est que dans les cas où le rhumatisme articulaire chronique occupe un grand nombre d'articulations et tient les malades dans une immobilité absolue, qu'on voit les digestions languir et un léger mouvement fébrile se manifester, surtout le soir. Il n'y a pas d'autres symptômes généraux qui méritent d'être mentionnés. Tout à l'heure, en parlant de la marche de la maladie, je ferai connaître les exacerbations auxquelles elle donne lieu.

Dans les cas de rhumatisme articulaire chronique généralisé, condamnant les malades à l'immobilité absolue, on voit se produire vers le sacrum ou sur l'une des deux hanches, en un mot, sur le point sur lequel porte le poids du corps,

le décubitus du malade, une ou plusieurs *eschares*, qui sont l'ori- e la fièvre, et à la suite desquelles les malades succombent souvent, soit s progrès de la mortification des tissus aient suffi pour occasionner cette aison fâcheuse, soit qu'une phlegmasie intercurrente soit venue emporter le .

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

rive quelquefois qu'au début une douleur subaiguë, avec un gonflement léger, itre dans une articulation, puis disparaît, puis se montre dans une autre arti- n, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'après être revenue plus ou moins souvent es mêmes points, elle finit par y rester fixée. Ce sont les cas de ce genre qui tivé la définition présentée par les auteurs du *Compendium;* mais le plus sou- douleur et la tuméfaction restent fixes dans l'articulation primitivement affec- ulement il y a des espaces de temps plus ou moins longs dans lesquels elles ent notablement, pour revenir ensuite avec une nouvelle intensité. Plus tard, itre articulation se prend, puis une autre, puis une autre encore, et quel- s elles s'affectent toutes successivement, de telle sorte que, au bout d'un cer- mps, le moindre mouvement, dans quelques parties du corps qu'il se passe, nine des douleurs très vives. On a remarqué que c'est pendant la nuit que ces rs sont le plus violentes. Faut-il, comme on l'a fait, attribuer ce résultat à la r du lit? Je ne le pense pas. Ce qui prouve que cette cause n'a pas l'action lui attribue, c'est que d'abord la chaleur calme presque toujours les douleurs tismales chroniques, et, en second lieu, que lorsqu'un malade qui peut e se lever entre dans un lit chaud, il se sent soulagé. Mais voici ce qui : Si le malade s'endort, au bout d'un certain temps il peut être réveillé es mouvements involontaires qui exaspèrent ses douleurs; ou bien une n vicieuse ayant été prise par lui, au réveil les articulations se trouvent oup plus endolories. Si, au contraire, il veille, la position qu'il prend lui d'abord agréable, mais, au bout d'un temps variable, la contraction invo- re des muscles rend les articulations douloureuses, un changement de position st nécessaire, et les douleurs augmentent. Chez les sujets qui restent au lit et 'endorment pendant le jour, on remarque la même exacerbation que pendant t.

e fois établi, le rhumatisme articulaire chronique ne reste pas ordinairement nnaire, et, d'un autre côté, il ne fait pas de progrès continuels. Voici, en ce qu'on remarque dans un bon nombre de cas : La douleur et le gonfle- articulaires sont, à des époques variables, au summum d'intensité, puis, soit anément, soit sous l'influence du traitement, ces symptômes s'apaisent, de sorte qu'on peut croire la maladie en voie de guérison; mais le plus souvent est là qu'une amélioration passagère, et au bout d'un certain temps, les sym- es locaux reprennent une nouvelle intensité.

ı *durée* du rhumatisme articulaire chronique est indéterminée; c'est une affec- qui dure ordinairement très longtemps, et qui le plus souvent n'occasionne pas ort par elle-même.

uant à sa *terminaison*, il résulte de ce que je viens de dire que rarement elle funeste; cependant on a cité des exemples de mort occasionnée par la forma-

tion d'escharcs résultant du décubitus prolongé sur un seul point (1), dé forcé par suite des douleurs articulaires. On a dit aussi que les désordres d culation pouvaient être portés au point de causer la mort, mais les auteurs avancé cette assertion ont regardé les *tumeurs blanches* comme étant, dans tain nombre de cas, des rhumatismes articulaires chroniques, opinion do titude n'est pas démontrée, comme nous le verrons plus loin. Reste la ter par la guérison. On en a rapporté d'assez nombreux exemples. Cepend faut pas se dissimuler que le rhumatisme articulaire chronique d'une ce tensité est une affection très rebelle, et que souvent tous les moyens dirig lui restent sans effet. Les sujets ainsi affectés sont perclus pour le reste de tence, qui peut être longue. On en a vu même qui ont eu un très gran d'articulations ankylosées, et chez qui les mouvements de locomotion éta nus presque complétement impossibles.

§ V. — Lésions anatomiques.

Il résulte d'abord d'un certain nombre de faits dans lesquels les articul pu être examinées après la mort, que lorsque le gonflement, la déform douleur des articulations, n'ont pas été très considérables, il n'existe pa tion anatomique notable. Dans le cas contraire on a trouvé les cartil parfois ulcérés; les ligaments articulaires interosseux participent à ce Dans un cas rapporté par Requin (obs. 20), il y avait des infiltrations sous la membrane synoviale. « Quelquefois, dit cet auteur, on trouve des cartilages articulaires un tissu cellulo-vasculeux ; au lieu de cett nacrée qui revêt, à l'état normal, les extrémités articulaires des os, o bourgeons charnus qui se détachent de la substance osseuse, et souvent i aucune trace du tissu cartilagineux. » La conséquence de cette dernière une ankylose qui devient de plus en plus complète à mesure que la m des progrès.

Je viens de rapporter en quelques mots les lésions qu'on a trouvées cas regardés comme des rhumatismes articulaires; mais je ne peux m'em faire remarquer que l'étude comparative de ces cas et de ceux dans lesqu trouve rien de semblable serait absolument nécessaire pour nous fixer sur de ces altérations. Le peu de précision avec lequel on a posé des limites matisme articulaire chronique, la facilité avec laquelle on a donné ce no tres affections, et notamment aux *tumeurs blanches*, doivent nous laisser c sur la valeur de ces lésions, et je dois encore rappeler ici combien il ser saire que de nouvelles observations soigneusement analysées vinssent e quelque jour sur ces questions obscures.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Tout le monde reconnaît que le diagnostic du rhumatisme articulaire c est parfois très difficile. Assurément, si l'on se contentait de regarder co

(1) Voy. Requin, *loc. cit.*

rhumatisme toute douleur qui a son siége dans une articulation, comme on ne l'a fait que trop souvent, on ferait disparaître toutes les difficultés; mais ce n'est pas ainsi qu'on doit agir, et il faut rechercher si, parmi ces affections, il n'en est pas qui aient des caractères aussi particuliers qui les distinguent suffisamment du rhumatisme. Chomel et Requin posent d'abord le diagnostic différentiel des *tumeurs blanches*, des *affections articulaires de nature syphilitique*, et du rhumatisme articulaire chronique. Le passage dans lequel ces questions sont traitées est trop important pour que je puisse m'empêcher de le rapporter textuellement ici, malgré son étendue.

«..... D'abord, disent ces auteurs, voici quels sont les moyens de distinguer le rhumatisme articulaire chronique d'avec la *tumeur blanche*. Si l'affection a débuté d'une manière aiguë ou subaiguë ; si surtout plusieurs articulations se sont enflammées à la fois, et qu'elles soient encore actuellement tuméfiées, nul doute alors qu'on n'ait affaire à un rhumatisme, car une tumeur blanche ne s'endolorit que lentement et peu à peu, et, d'autre part, elle existe ordinairement seule ; ce n'est que dans un très petit nombre de cas que deux tumeurs blanches se développent à la fois sur le même individu. S'il n'y a qu'une seule articulation qui soit malade, on peut hésiter à la première vue ; mais les circonstances commémoratives viendront éclairer le diagnostic, puisque, dans la grande majorité des cas de rhumatisme, le mal aura commencé par une marche aiguë, et qu'une seule articulation n'en sera devenue l'unique siége qu'après les souffrances simultanées ou successives de plusieurs autres articulations. Il serait, il est vrai, rigoureusement possible qu'un individu rhumatisant fût aussi prédisposé à une tumeur blanche, et que chez lui le rhumatisme antécédent eût servi, comme cause occasionnelle, à mettre à effet cette fâcheuse prédisposition : et voilà même pourquoi beaucoup d'auteurs de chirurgie, et entre autres Boyer (1), ont signalé le *vice rhumatismal* comme une des causes les plus ordinaires des tumeurs blanches. Mais Boyer n'en insiste pas moins sur la distinction à faire entre la tumeur blanche rhumatismale et le rhumatisme goutteux (c'est ainsi qu'il nommait le rhumatisme articulaire) : il trace avec soin le diagnostic différentiel de l'une et de l'autre affection. Très souvent, en effet, indépendamment des signes anamnestiques plus haut mentionnés, l'examen attentif des signes actuels fournis par l'articulation malade donnera un résultat positif. Dans le rhumatisme du genou, par exemple, si le gonflement est considérable, c'est qu'il y a épanchement de synovie : de là fluctuation facile à percevoir, et déformation pour ainsi dire régulière de l'articulation en tumeur orbiculaire. Mais dans la tumeur blanche, la fluctuation, s'il en existe, est bornée à un seul point, et la déformation est toujours très irrégulière. En outre, dans le rhumatisme articulaire chronique, l'enflure, comme Boyer l'a fait judicieusement remarquer, ne présente pas d'ordinaire cette résistance élastique qui caractérise les tumeurs blanches.

« Il est beaucoup plus difficile de distinguer les *affections articulaires syphilitiques* d'avec les affections rhumatismales. Dans l'un et l'autre cas, plusieurs articulations peuvent être malades à la fois. Vous verrez bien, à la vérité, dans les livres des syphilographes, que les tumeurs développées dans les os longs par suite de

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, t. IV, p. 500.

l'infection vénérienne ont leur siége dans le corps de l'os, et non dans les extré articulaires; mais cela n'est pas entièrement exact. Quelquefois la syphilis att les extrémités des os longs : c'est un cas rare, à la vérité, mais enfin il est réel est donc important de signaler quels indices, en une telle occurrence, pour servir à dévoiler la nature du mal. Sans doute l'articulation peut, comme da rhumatisme, offrir à la fois douleur, tumeur, rougeur et chaleur; mais d'ord ces quatre caractères de l'état inflammatoire ne résident point dans la total l'articulation, et se trouvent confinés dans quelque région partielle; ils siége par exemple, exclusivement sur l'acromion, sur une seule tubérosité du coude, une seule apophyse styloïde au poignet, sur un seul condyle fémoral au genou, une seule malléole au cou-de-pied, etc. Il faut pourtant excepter le cas dans le l'affection syphilitique de l'extrémité articulaire détermine consécutivement épanchement synovial; alors il y a tuméfaction générale de toute l'articulation, la douleur encore ne se fait principalement sentir que dans un point particulier. plus, à égalité de souffrances, le rhumatisant ne pourra pas remuer le membre lade; le vérolé, au contraire, gardera tous ses mouvements, leur exécution n'a mentant que peu ou point la douleur. Enfin, une fois le soupçon éveillé, les constances anamnestiques révéleront au médecin, chez les pseudo-rhumati (qu'on me passe cette expression), l'existence antérieure de maladies vénérie comme blennorrhagies, chancres, bubons, etc. L'erreur, certes, aura été poss dans le début du traitement; mais, vu l'insuccès absolu des sangsues, des opia et des autres moyens par où l'on parvient d'ordinaire à calmer, sinon à guérir douleurs rhumatismales, on songera à essayer le mercure, si ce métal n'a pas administré contre des phénomènes primitifs d'infection vénérienne, ou bien enco s'il ne l'a pas été en quantité suffisante. Si l'hydrargyrose a été employée sans succ et jusqu'à l'abus, on devra espérer de réussir à l'aide d'autres médications : av la tisane de Feltz, par exemple, laquelle est indubitablement un excellent ant syphilitique pour les individus saturés de mercure, et a pour principe actif, à que pense Chomel, l'arsenic contenu en très petite proportion dans l'antimoine (sulfure d'antimoine), avec lequel on le prépare. »

Ces considérations, jointes à ce que j'ai dit plus haut sur la marche du rhum tisme articulaire chronique, me paraissent suffisantes pour qu'on ne confonde les affections dont il vient d'être question avec la maladie qui nous occupe. J'ajo que fréquemment la tumeur blanche a pour cause occasionnelle une violence e rieure chez un sujet prédisposé; et, quant aux affections syphilitiques des art lations, je ferai remarquer que les cas dans lesquels elles peuvent donner lie l'erreur de diagnostic prévue par Chomel et Requin sont si rares, qu'on peu regarder comme exceptionnels.

Quelques auteurs, et parmi eux j'ai déjà eu occasion de signaler Chom Requin, ont regardé le rhumatisme articulaire et la goutte comme des affect identiques; aussi n'en ont-ils pas présenté le diagnostic différentiel. Je ne p pas que cette identité soit aussi complète que l'ont cru ces médecins. Le diagn est par conséquent nécessaire; mais je le renvoie après la description de la *got* parce qu'il sera plus facile alors d'en saisir les nuances.

Je renvoie également à l'article consacré à l'étude de l'intoxication saturnin question de savoir si l'*arthralgie saturnine* peut être confondue avec un rhu

articulaire, et je dirai alors quels sont les moyens de distinguer ces douleurs ture différente.

tent maintenant les *douleurs nerveuses* ayant leur siége autour des articula- et les douleurs musculaires occupant le même siége. On sera peut-être étonné voir mentionner, à propos du rhumatisme articulaire chronique, ces dou- que les autres auteurs ont négligées; mais un certain nombre de faits qui ont sous mes yeux m'ont prouvé que ce diagnostic n'était pas toujours porté la dernière précision, et que s'il est beaucoup de cas où l'on doive attribuer r à la négligence, il en est quelques-uns dans lesquels il y a des difficultés es.

us savons que ces douleurs nerveuses peuvent être très circonscrites (1), être ées à la hanche, par exemple. Or j'ai vu des sujets qui, ayant été mal explorés, été soumis aux bains et aux douches de vapeur, dans le but de combattre un matisme, et dont la maladie, caractérisée par des points douloureux extra-arti- res et des élancements, avait résisté à ces traitements et cédé aux vésicatoires. s retrouverons cette erreur beaucoup plus fréquente quand il s'agira du dia- tic des névralgies et du rhumatisme musculaire; mais elle est assez importante r être mentionnée dans le cas dont il s'agit, car, ainsi qu'on vient de le voir, conséquences pratiques en sont graves.

J'ai, dans certains cas, observé des *douleurs musculaires* vives et fixes qu'on vait confondre avec un rhumatisme articulaire chronique; mais les cas de ce re méritent une attention toute particulière; ils sont trop peu connus pour que que je pourrais en dire ici fût suffisamment compris. J'en parlerai dans un des ticles suivants (2), et il sera temps alors de les étudier sous le rapport du dia- ostic différentiel.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs du rhumatisme articulaire chronique et des tumeurs blanches.*

RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE.	TUMEUR BLANCHE.
Occupant presque toujours *successivement plusieurs articulations.*	Presque constamment *fixe* dans une articulation.
Alternatives d'exacerbation vive et d'amélioration très grande, tantôt dans l'une, tantôt dans l'autre des articulations affectées, tantôt dans un grand nombre à la fois.	Le mal *ne cesse pas de faire des progrès;* il y a des moments de calme, mais non de ces améliorations qui font croire à la guérison, comme dans le rhumatisme articulaire chronique.
Gonflement des articulations *moins irrégulier;* n'atteignant pas un volume à beaucoup près aussi considérable.	Gonflement des articulations *plus irrégulier;* atteignant un volume généralement beaucoup plus considérable.
Fluctuation, lorsqu'elle existe, *plus générale.*	Fluctuation *plus circonscrite.*
Pas de cause occasionnelle appréciable dans beaucoup de cas; n'est *jamais le résultat d'une violence extérieure.*	Fréquemment la *conséquence d'une violence extérieure* chez les sujets prédisposés.

(1) Voy. le *Traité des névralgies*, passim.
(2) Voy. article *Rhumatisme musculaire.*

2° *Signes distinctifs du rhumatisme articulaire chronique et des affections articulaires syphilitiques.*

RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE.	AFFECTIONS ARTICULAIRES SYPHILITIQUES.
Le gonflement *occupe toute l'étendue* de l'articulation.	Le *gonflement n'occupe* ordinairement qu'*un point limité* d'une extrémité articulaire.
La douleur est *étendue à tout l'article*, quoique ordinairement plus vive dans un point limité.	Douleur souvent *bornée à un point limité*, alors même qu'il y a un épanchement dans l'articulation.
Douleurs provoquées beaucoup plus vives que les douleurs spontanées.	*Douleurs spontanées plus vives* que les douleurs provoquées, surtout la nuit.
Commémoratifs : Pas de chancres, de bubons, etc.	*Commémoratifs* : Chancres, bubons, etc.; cicatrices de chancres sur la verge.
Traitement antisyphilitique *sans résultat*, ou du moins sans résultat très prompt.	*Prompte amélioration* résultant du traitement antisyphilitique.

Je dois rappeler ici que les cas dans lesquels le médecin est appelé à porter un pareil diagnostic sont très rares; que néanmoins il faut avoir toujours la possibilité de leur existence présente à l'esprit, et que, dans les cas un peu douteux, on ne doit pas hésiter un seul instant à prescrire le mercure, l'iodure de potassium, etc.

Je n'ajoute rien à ce tableau synoptique, les détails dans lequels je suis entré plus haut me paraissant suffisants.

Pronostic. — Il faut, pour que le rhumatisme articulaire chronique menace les jours des malades, qu'il occupe un grand nombre d'articulations, et qu'il soit assez violent pour condamner les sujets à l'immobilité absolue. Alors se forment les eschares dont nous avons parlé plus haut, et la mort en est la conséquence. Dans la grande majorité des cas, il n'en est pas ainsi, et la vie n'est pas menacée; mais le rhumatisme articulaire chronique est une maladie souvent rebelle, et qu'il est difficile de guérir radicalement; plus la tuméfaction et la déformation de l'article sont grandes, plus la guérison est difficile.

M. Rayer (1) a eu dans son service un malade qui, atteint, depuis 1848, de rhumatisme articulaire, a vu cette affection devenir chronique et déterminer l'ankylose des vertèbres cervicales.

§ VII. — Traitement.

Comme pour toutes les affections chroniques et souvent rebelles, on a multiplié les moyens de traitement contre le rhumatisme articulaire chronique; mais les auteurs ont généralement oublié d'appuyer leurs assertions sur un nombre suffisant de faits, en sorte que, si l'on joint cette circonstance au peu de précision du diagnostic dans un bon nombre de cas, on reconnaît qu'il est bien difficile de présenter le traitement de l'affection qui nous occupe, et surtout de se prononcer avec quelque confiance sur la valeur des moyens préconisés par les auteurs.

Tout le monde convient que les *émissions sanguines*, soit générales, soit locales sont fort rarement indiquées contre cette maladie. Cependant, ainsi que nous l'avons vu plus haut, il arrive fréquemment que les symptômes locaux prennent

(1) *Union médicale*, 12 février 1853.

momentanément une plus grande intensité, et en pareil cas, quelques *ventouses scarifiées*, quelques *sangsues* sur l'articulation douloureuse, ont souvent procuré un notable soulagement. Dans les mêmes circonstances, on a recours aux bains locaux avec des substances émollientes (la *décoction de guimauve*, l'*infusion de mauve*), ou bien aux *grands bains* simples ou *gélatineux* plus ou moins prolongés.

Mais, je le répète, il est rare qu'il soit nécessaire de recourir à ce traitement *antiphlogistique*, et les guérisons qu'on a obtenues ont presque constamment été procurées par des médications toutes différentes que je vais faire connaître. Le traitement est interne ou externe.

1° *Traitement interne.* — Dans le traitement interne, nous trouvons un bon nombre de remèdes spécifiques, vantés par leurs inventeurs et puis plus ou moins abandonnés. Je me contenterai d'indiquer les principaux.

Purgatifs. — Les purgatifs ont été employés dans le traitement du rhumatisme articulaire chronique; mais on ne borne pas ordinairement la médication à leur emploi. Il est une seule substance, le *colchique*, qui a été mise en usage comme spécifique dans cette affection, ainsi que dans le rhumatisme articulaire aigu. On sait qu'elle fait partie des *pilules de Lartigue*, remède secret employé par un assez grand nombre de médecins, mais que je n'ai pas à apprécier ici. Le docteur Gordon (1) recommande particulièrement le colchique. Je ne m'étendrai pas ici sur l'emploi de cette substance que j'ai exposé dans l'article précédent; je dirai seulement qu'il serait nécessaire d'avoir des observations nouvelles sur l'efficacité d'un médicament qui peut occasionner des accidents. Nous le retrouverons dans le traitement de la *goutte*.

D'autres *drastiques* ont été administrés; mais généralement on n'a recours qu'à des purgatifs doux, dans le but de tenir le ventre libre.

Sudorifiques. — Les sudorifiques sont bien plus généralement employés, et, parmi eux, le *gaïac* a joui d'une grande réputation, et a été regardé comme un spécifique. Plenck, qui avait une très grande confiance dans cette substance, la prescrivait ainsi qu'il suit :

℞ Résine de gaïac.......... 15 gram. | Savon amygdalin.......... 15 gram.
Faites dissoudre dans :
Alcool rectifié.............................. 120 gram.
Mêlez. Dose : 4 grammes par jour dans une infusion de bourrache et de sureau.

On donne encore la tisane de gaïac ordinaire, ou bien on associe cette substance à d'autres espèces sudorifiques, comme dans la formule suivante préconisée par le docteur Smith :

℞ Salsepareille.....	ââ parties égales.	Gaïac..............	ââ parties égales.
Squine..........		Sassafras...........	
Réglisse........			

Incisez également toutes les substances, et mêlez exactement.

Prenez de ces substances... 30 gram. | Eau commune......... 1500 gram.
Faites bouillir et réduire à 1000 gram. A prendre par tasses, dans la journée.

(1) Voy. *Revue médicale*, 1826.

On a encore recommandé la potion diaphorétique suivante :

℞ Acétate d'ammoniaque.... 12 gram.	Alcoolat de cannelle........ 8 gram.
Vin blanc............. 160 gram.	Sirop de sucre..... ..... 64 gram.

A prendre par cuillerées dans la journée.

Il serait inutile de multiplier ces citations, attendu que ces prescriptions n'ont réellement rien de spécifique : qu'il me suffise de signaler les *bols diaphorétiques anglais*, les *tisanes* de sureau, de bourrache, etc. ; le *rob de sureau*, auquel Quarin attribuait une grande efficacité ; la *poudre de Dower* (1), etc.

Diurétiques. — Les diurétiques à haute ou à faible dose sont également administrés, mais rien ne prouve qu'ils aient une grande efficacité. Relativement au *nitrate de potasse* à haute dose, Martin-Solon (2) nous apprend qu'il ne réussit pas dans le rhumatisme articulaire chronique. Mais M. Cargit (3) est arrivé à des résultats bien différents, et qu'il importe de faire connaître, afin qu'on puisse expérimenter de nouveau son traitement. Ce médecin, comparant l'efficacité du nitrate de potasse à haute dose et du colchique, a noté ce qui suit :

Sur 100 malades qui ont pris le nitre à haute dose, 61 ou les 6/10es ont guéri, terme moyen, en 15 jours 3/4; 20 ont éprouvé un grand soulagement sans être guéris ; 5 n'ont éprouvé que très peu d'amélioration, 3 n'ont rien obtenu ; l'état des autres s'est aggravé.

La dose ordinaire était de 2,50 gram. trois fois par jour; dans les cas plus graves, on l'a portée jusqu'à 3, 6 et 8 grammes trois fois par jour, et dans un cas jusqu'à 12 grammes.

Ajoutons que, dans quelques cas et suivant les circonstances, l'auteur a également employé les sangsues, les purgatifs, les vésicatoires, les bains de vapeur, etc.

Quant aux autres substances, je mentionnerai la *tisane de bourgeons de sapin* et l'*oxymel scillitique*, qui fait partie de la formule suivante proposée par Thilenius :

℞ Nitrate de potasse... 8 à 30 gram.	Tartre stibié...... 0,03 à 0,15 gram.
Eau de sureau......... 150 gram.	Oxymel scillitique......... 30 gram.

Mêlez. Dose : une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Mercuriaux. — Les mercuriaux, que nous retrouverons dans la médication externe, font aussi partie de la médication interne. Lentin regardait le *sublimé corrosif* comme très efficace. M. Fizeau a rapporté un cas dans lequel il a vu le rhumatisme disparaître après l'usage de la *liqueur de Van Swieten*. Le docteur Blanc prescrit la préparation suivante :

℞ Deutochlorure de mercure.................. 0,10 gram.

Dissolvez dans :

Alcool..................................... 120 gram.

Ajoutez :

Vin ammoniacal............................ 25 gouttes.

Mêlez. Dose : 15 grammes deux fois par jour.

(1) Voy. *Bulletin de l'Acad. de médecine*. Paris, 1844, t. IX, p. 833.
(2) *Ibid.*, t. IX, p. 130.
(3) *London med. Gazette*, et *Bulletin gén. de thérap.*, 15 mars 1853.

Cette dose me paraît très forte; je pense qu'il vaudrait mieux commencer par une quantité bien moins considérable.

Le *calomel* à dose altérante est aussi prescrit par plusieurs médecins; mais relativement au traitement par les mercuriaux, comme pour presque tous les autres, nous n'avons rien de bien positif, et c'est pour cela que je n'insiste pas.

Moyens divers. — Je suis également réduit à mentionner les préparations d'*arnica*, les *boissons sulfureuses* et *alcalines*, l'eau de *goudron*, le *soufre* regardé comme un spécifique par le docteur Tuckes (1); l'*huile de foie de morue*, recommandée par plusieurs médecins allemands et italiens, mais qui me paraît avoir surtout été administrée dans des cas de tumeur blanche; l'*extrait d'aconit* (Störk), l'*huile de cajeput* (Stromeyer), le *lait* (Baglivi, Barthez), le *savon* (Monro); le *phosphore* recommandé par Hartmann (2); la *liqueur arsenicale de Fowler*, la *térébenthine* (Cheyne), l'*iodure de potassium* (Clendinning). Quelques faits rapportés par les auteurs que je viens de citer sont intéressants et doivent engager à essayer de nouveau les médicaments qu'ils préconisent; mais nous ne trouvons pas dans ces diverses indications des documents suffisants pour nous faire une idée bien arrêtée.

Du reste, il faut dire, comme remarque générale, que la médication interne ne saurait en aucune manière être comparée, sous le rapport de l'efficacité, à la médication externe. Ce qui le prouve, c'est que, dans presque tous les cas, c'est à celle-ci qu'on a principalement recours, qu'on l'emploie souvent seule, et qu'on l'associe ordinairement à la première. Examinons donc les moyens dont elle se compose.

2° *Traitement externe.* — Il faut placer en première ligne les *applications excitantes* sur les parties malades. Elles sont si nombreuses, qu'il serait impossible de les rapporter toutes en détail.

Signalons d'abord les *applications camphrées*. Celles que j'ai indiquées à propos du rhumatisme articulaire aigu doivent être rappelées ici : ainsi le *cataplasme avec l'alcool saturé de camphre*, etc.

Les liniments excitants sont nombreux. Je citerai particulièrement le *liniment volatil camphré* préparé ainsi qu'il suit :

℞ Huile blanche...........	60 gram.	Camphre...................	4 gram.
Ammoniaque............	8 gram.		

Faites dissoudre le camphre dans l'huile. Introduisez la dissolution dans une bouteille. Ajoutez l'ammoniaque : bouchez et agitez.

Le *baume de Fioravanti*, le *baume opodeldoch* sont aussi d'un usage fréquent.

On a beaucoup vanté le *baume acétique camphré* de Pelletier; voici sa composition :

℞ Savon animal.......... 8 gram. | Camphre .... 8 gram.

Faites dissoudre au bain-marie dans :

Éther acétique............................ 80 gram.

Ajoutez :

Huile essentielle de thym..................... 20 gouttes.

Faites, deux fois par jour, des frictions avec ce baume, sur les articulations douloureuses.

(1) *The Lancet*, 1835.

(2) Voy. Bayle, *Bibliothèque de thérapeutique*. Paris, 1830, t. II, p. 8.

Il suffit de mentionner les frictions avec l'*huile de croton tiglium*, la *chaleur élevée* sur les articulations, l'*urtication*.

Vésicatoires, moxas, cautères. — L'usage des vésicatoires, des cautères, des moxas sur les articulations douloureuses a été très répandu pendant longtemps. Aujourd'hui on est plus sobre de ces moyens; des faits nombreux rapportés par M. Malgaigne, par Bonnet et d'autres observateurs, ont prouvé que ces agents énergiques augmentent souvent la douleur, causent l'insomnie, allument la fièvre et finissent par détériorer la constitution sans améliorer très notablement l'état local. On ne doit par conséquent recourir à ces moyens qu'avec prudence, et cependant les faits signalés par M. Guilbert (1) prouvent qu'on aurait tort d'y renoncer complétement. On peut les essayer lorsqu'il n'y a pas de fièvre, lorsque la peau ne présente pas de chaleur anormale au niveau des parties malades, et lorsque la douleur est très modérée.

Mercuriaux à l'extérieur. — Le mercure est encore plus souvent employé à l'extérieur qu'à l'intérieur. Les uns l'appliquent sous forme d'emplâtre. Ainsi on a vanté l'action d'un *emplâtre fait avec le cinabre*, de l'*emplâtre de Vigo cum mercurio*, etc. Le docteur Kopp (2) emploie les frictions suivantes :

℞ Deutochlorure de mercure............ 0,10 à 0,50 gram.	Éther acétique.............. 12 gram. Alcool rectifié................ 24 gram.

Mêlez. Faire, trois ou quatre fois par jour, des frictions sur les articulations malades avec cinquante à cent gouttes de cette solution.

Mais c'est surtout aux *bains de sublimé* qu'on a le plus fréquemment recours. Récamier a assez souvent employé ces bains, et l'on a rapporté des faits de guérison recueillis à sa clinique. M. Trousseau a également préconisé ce moyen, qu'il emploie ainsi qu'il suit :

℞ Deutochlorure de mercure. 10 à 30 gram., graduellement.
Alcool................ 100 gram.

Dissolvez. Versez cette solution dans l'eau du bain. On administre un bain semblable tous les jours, jusqu'à ce que les gencives commencent à se prendre.

J'ai employé avec persévérance ces bains de sublimé dans des cas de rhumatisme articulaire aigu qui tendaient à devenir chroniques, et dans des cas de rhumatisme articulaire chronique bien caractérisé. J'ai acquis la conviction que, chez l'homme adulte, on peut, sans aucune crainte, commencer le traitement par 25 grammes de deutochlorure de mercure; que l'on peut aussi porter la dose à 40 grammes, et que les gencives se prennent très difficilement. Quant aux effets thérapeutiques du médicament, je dois dire que, dans tous les cas, j'ai observé une amélioration assez rapide; mais que cette amélioration s'est promptement arrêtée et que je n'ai pas pu obtenir une guérison complète.

Les *fumigations de cinabre* ont été également mises en usage, surtout par Récamier, et on les a associées aux préparations mercurielles prises à l'intérieur de la manière indiquée plus haut.

(1) *Arch. gén. de méd.*, 1re série, 1828, t. XVII, p. 452.
(2) *Denkw. in dem Aerztl. Pr.*, 1830.

Applications de teinture d'iode. — M. le docteur Gros (1), de Wesserling, a rapporté quatre observations dans lesquelles des *applications locales de teinture alcoolique d'iode* ont dissipé des douleurs anciennes avec gonflement plus ou moins notable dans diverses articulations. Ce traitement mérite d'être expérimenté de nouveau. Son emploi est des plus simples.

M. Gros recommande la teinture de la pharmacopée de Strasbourg, qui contient une partie d'iode pour dix parties d'alcool à 33 degrés; il n'y a pas grande différence entre cette teinture et celle de la pharmacopée de Paris. On imbibe de la substance une compresse longuette, on l'enroule autour de l'articulation malade, puis on la fixe par quelques tours de bande. Le pansement doit, en général, être renouvelé matin et soir; cependant, sur les peaux fines et délicates, ou quand il se produit des phlyctènes (ce qui est rare), on peut éloigner les applications ou étendre la teinture de plus ou moins d'eau. Cette précaution est encore utile lorsqu'il y a des solutions de continuité de la peau, ou quand, après avoir enlevé les premières écailles épidermiques formées par le contact de l'iode, la peau au-dessous est très sensible et très mince. Il est sans exemple de voir ces applications déterminer une inflammation vive de la peau ; tout au plus occasionnent-elles des démangeaisons, une légère chaleur et un sentiment de tension dans les parties soumises à l'action de la teinture.

Les *bains de vapeur* sont de l'usage le plus fréquent. Il faut les multiplier si l'on veut pouvoir espérer d'en obtenir de bons effets. Souvent ils fatiguent inutilement les malades lorsqu'il s'agit d'un rhumatisme chronique avec gonflement des articulations, c'est-à-dire du véritable rhumatisme articulaire chronique.

Les *bains aromatiques* (à l'aide des infusions de sauge, de romarin, etc.) ont-ils une plus grande valeur? C'est ce que nous ne pouvons pas dire d'une manière positive.

Des faits nombreux prouvent l'efficacité, dans un bon nombre de cas, des *bains sulfureux* joints à l'ingestion des eaux sulfureuses; mais c'est surtout aux établissements d'eaux naturelles qu'on obtient de véritables succès. Aussi doit-on y envoyer les malades toutes les fois qu'on le peut. Les eaux de Baréges, de Luchon, d'Aix en Savoie, de Louesche, etc., sont très renommées pour le traitement des maladies articulaires. En général, plus la température des eaux est élevée et plus elles sont chargées de matières sulfureuses, plus leur action est puissante.

D'un autre côté, on n'a pas moins vanté les *eaux salines*, telles que les eaux de Bourbonne-les-Bains, de Vichy, de Néris, du Mont-Dore. Nous verrons dans un des articles suivants quels sont les effets de ces eaux sur la *goutte*, ce qui nous conduira à quelques conclusions sur le rhumatisme articulaire chronique. Quant à présent, je ne veux signaler qu'un fait : c'est que, malgré le nombre immense de cas qui tous les ans sont soumis à l'observation des médecins éclairés, nous nous trouvons toujours arrêtés dès qu'il s'agit de formuler une opinion précise sur l'efficacité des eaux minérales dans des cas déterminés. Nous savons sans doute que ces eaux ont un certain degré d'utilité dans beaucoup de circonstances; mais quel est ce degré d'utilité? Que doit-on attendre de leur action dans un cas donné? Voilà ce qu'on ne peut pas dire positivement. Si l'observation rigoureuse pouvait pénétrer

(1) *Union médicale*, 19 mars 1850.

dans les établissements thermaux, elle y trouverait la plus belle mine à exploiter.

Les *bains russes* ont été aussi préconisés; mais je pense qu'on les a spécialement appliqués à des cas où il n'existait aucun gonflement des articulations, à des cas douteux par conséquent.

Les *douches* de vapeur, d'eau simple, d'eau chargée de substances médicamenteuses, agissent dans le même sens que les bains dont je viens de parler. Il serait donc inutile d'entrer dans de grands détails à ce sujet.

Enfin je dirai qu'il résulte de quelques faits, et notamment de ceux qu'a rapportés M. Briquet (1), que les *bains d'eau simple* à 36 degrés centigrades, mais *prolongés* pendant deux et trois heures, ont réussi dans des circonstances où plusieurs autres moyens actifs ont échoué.

Je ne dois pas oublier de mentionner ici l'*hydrothérapie*. Il résulte des faits rapportés par MM. Scoutetten (2), Lubansky, etc., que le rhumatisme chronique est une des affections dans lesquelles ce mode de traitement réussit le mieux. On ne doit donc pas hésiter d'y avoir recours lorsque la maladie se montre rebelle aux autres agents thérapeutiques. Par ce moyen, M. le docteur L. Fleury a réussi à guérir de fausses ankyloses durant depuis longtemps.

Électricité. — L'*électricité*, le *galvanisme*, l'*électropuncture* sont recommandés par Mauduyt (3), par Wilkinson et par plusieurs autres auteurs; mais ces médecins ont parlé en même temps du rhumatisme musculaire, du rhumatisme articulaire et de plusieurs autres douleurs, en sorte qu'on ne peut pas connaître l'utilité de ce moyen dans l'affection dont nous nous occupons. Tout porte à croire qu'il est beaucoup moins utile que dans les maladies qui consistent uniquement dans une douleur plus ou moins vive.

Compression.—La compression a été appliquée au rhumatisme articulaire chronique aussi bien qu'au rhumatisme articulaire aigu. Pour qu'elle soit applicable, il faut que le nombre des articulations affectées ne soit pas trop considérable.

Position. — Comme pour le rhumatisme articulaire aigu, M. Bonnet insiste beaucoup sur la nécessité d'une bonne position. On doit, à l'aide d'appareils appropriés, maintenir le membre dans la situation qui sera la plus favorable pour le cas où l'articulation ne reprendrait pas la liberté de ses mouvements. Il serait inutile d'insister sur ce précepte, dont l'importance est très grande dans le cas dont nous nous occupons, parce que l'immobilité favorise la roideur des ligaments.

Mouvements. — Mais on tomberait dans un excès contraire si l'on maintenait rigoureusement le membre dans une position fixe, quelque favorable qu'elle soit; on courrait, en effet, le risque de favoriser l'ankylose, ou du moins de faire naître une roideur très difficile à vaincre. Pour obvier à cet inconvénient, M. Bonnet (4) conseille de faire exécuter, quatre ou cinq fois par jour, des mouvements méthodiques qui maintiennent l'élasticité des ligaments. Ces mouvements doivent être imprimés d'abord pendant cinq ou six minutes, puis plus longtemps, à mesure que l'amélioration fait des progrès. On doit aussi recommander au malade de se servir

(1) *Bulletin gén. de thérap.*, t. XV.

(2) *De l'eau sous le rapport hygiénique et médical.* Paris, 1843. — Munde, *Hydrothérapie*. Paris, 1842, in-12.

(3) *Mém. sur les différentes manières d'administrer l'électricité.* Paris, 1781.

(4) *Traité de thérapeutique des maladies articulaires.* Paris, 1853, p. 176.

de son membre pendant un certain temps et avec mesure, puis plus hardiment. Suivant M. Bonnet, on ne doit pas se laisser arrêter par les craquements que fait entendre l'articulation pendant ces mouvements. Enfin on a cité des cas où l'on a vaincu violemment une résistance qui ne s'est pas reproduite. Je pense qu'il ne faut pas suivre trop légèrement ces exemples. Lorsque l'articulation est encore douloureuse, on risque de voir se reproduire des symptômes aigus. On doit attendre que toute trace de sensibilité morbide ait disparu.

Moyens divers. — Il reste un certain nombre de moyens qu'il suffit de mentionner : c'est d'abord l'emploi de la *morphine par la méthode endermique*, qui n'est guère utile que pour faire cesser les douleurs ; puis l'*acupuncture*. Le liniment suivant est conseillé par le docteur Brodie :

℞ Acide sulfurique	15 gram.	Huile d'olive	45 gram.

Pour frictions, matin et soir.

On peut aussi employer, comme le recommande le docteur Batremeix (1), la *teinture de cantharides*, ainsi qu'il suit :

℞ Huile de pétrole	30 gram.	Carbonate d'ammoniaque	8 gram.
Teinture de cantharides	30 gram.	Huile d'olive	Q. s.

Faites un liniment.

Suivant M. Gendron, la solution suivante est utile :

℞ Eau distillée	60 gram.	Hydrocyanate de potasse	0,40 gram.

Dissolvez.

Je citerai encore l'*eau de Goulard*, la *térébenthine*, les *frictions sèches*, le *massage*.

3° *Traitement prophylactique.* — Les moyens prophylactiques recommandés par Chomel et Requin s'appliquent plus à la *goutte* qu'au rhumatisme articulaire. Voici ce que nous pouvons en tirer de plus utile relativement à la maladie qui nous occupe : on doit se soumettre à un régime très doux, s'abstenir de spiritueux, faire tous les jours un exercice suffisant en plein air, entretenir la liberté du ventre, faire usage des eaux thermales, et éviter soigneusement le froid et l'humidité.

Résumé. — Quelles conclusions devons-nous tirer de tout ce qui précède ? Avant de répondre à cette question, rappelons ce que j'ai eu bien des fois occasion de répéter : c'est que l'on n'a pas suffisamment précisé ce qu'il faut entendre par rhumatisme articulaire chronique ; que souvent le diagnostic est incertain ; que les auteurs ont fréquemment confondu les diverses lésions articulaires chroniques dans leur appréciation du traitement ; enfin que les effets des médicaments n'ont pas été recherchés, comme ils doivent l'être, à l'aide d'une série de faits suffisants : d'où il résulte que les assertions si diverses émises sur le sujet qui nous occupe, nous laissent dans le plus grand embarras, et que l'examen des faits publiés ne peut pas servir de base à une opinion solidement établie.

(1) *Dissertation sur le rhumatisme.* Strasbourg, 1828.

Cependant on peut dire, d'une manière générale, qu'après avoir, par les antiphlogistiques, fait disparaître toute trace de douleur, on doit promptement recourir aux topiques excitants, à la position du membre et à l'usage des eaux thermales. Toute autre conclusion serait prématurée.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement interne.* — Purgatifs, sudorifiques, diurétiques, mercuriaux, moyens divers.

2° *Traitement externe.* — Applications excitantes : vésicatoires, moxas, cautères, etc. ; mercuriaux à l'extérieur, bains de vapeur, aromatiques, sulfureux, alcalins ; douches de vapeur, d'eau chaude simple ou médicamenteuse ; bains russes, bains simples prolongés ; hydrothérapie, électricité, compression, position, mouvements méthodiques, moyens divers.

3° *Traitement prophylactique.* — Régime, exercice, eaux thermales, etc.

ARTICLE III.

RHUMATISME MUSCULAIRE.

Il semble, au premier abord, que rien ne doit être plus facile que la description du rhumatisme musculaire. C'est, en effet, une maladie extrêmement commune, n'ayant qu'un petit nombre de symptômes et connue de tout temps.

Mais, quand on y regarde de plus près, on ne tarde pas à s'apercevoir que rien n'est plus difficile, au contraire, que de tracer avec précision le tableau de cette maladie. Cela tient d'abord à ce que le rhumatisme a de très nombreuses affinités avec une autre affection, la névralgie ; que, dans beaucoup de cas, il est difficile de les distinguer, et l'on en comprendra bientôt la raison ; enfin que, jusqu'à une époque rapprochée de nous, on ne s'est pas même donné la peine d'établir cette distinction dans la très grande majorité des cas, satisfait qu'on était quand on avait désigné par le nom de rhumatisme une affection douloureuse aiguë ou chronique. Ce mot de rhumatisme lui-même est on ne peut plus vague pour nous qui n'admettons pas la valeur des théories qui lui ont donné naissance ; en sorte que la première chose à faire est d'établir ce qu'on doit entendre par rhumatisme.

Aujourd'hui il y a une très grande tendance à regarder le rhumatisme musculaire comme une névralgie ayant son siége dans les muscles. Déjà MM. Roche (1) et Cruveilhier avaient nettement formulé cette opinion qui avait vaguement cours dans la science, puisque certains rhumatismes avaient reçu le nom de *rhumatisme nerveux.* Dans mon *Traité des névralgies* (2), je crois avoir mis le fait hors de doute en citant des exemples de douleurs affectant primitivement tous les muscles de l'épaule, puis gagnant les nerfs des bras, et prenant tous les caractères de la névralgie. Depuis lors, les faits nombreux que j'ai observés sont venus confirmer cette manière de voir, et voici ce qui est résulté pour moi de leur étude.

Fréquemment les sujets affectés de névralgie éprouvent dans quelques muscles

(1) *Dictionnaire de méd. et de chir. prat.*, t. III, art. ARTHRITE.
(2) Voy. *Névralgie cervico-brachiale.*

s douleurs qui ont tout le caractère du rhumatisme. Le rhumatisme musculaire , sous le rapport de ses symptômes, de leur marche, de leurs exacerbations, de absence de lésions anatomiques appréciables, la plus grande ressemblance avec la névralgie. Ces affections se transforment souvent l'une dans l'autre. De ces faits et de ceux que j'ai rapportés à l'article *Dermalgie*, je conclus que la douleur, symptôme capital de la névralgie, se traduit, à notre observation, de trois manières différentes. Si elle reste concentrée dans les nerfs, on trouve les points douloureux isolés caractéristiques : il y a une *névralgie proprement dite.* Si la douleur se répand dans les muscles, les contractions musculaires sont principalement douloureuses : il y a *rhumatisme musculaire.* Enfin, si elle se répand dans la peau, il en résulte une sensibilité excessive de la surface cutanée : il existe une *dermalgie* (1). Ces trois formes d'une même affection peuvent se montrer toutes ensemble ou bien deux à deux : névralgie et dermalgie; névralgie et rhumatisme; rhumatisme et dermalgie.

On sent, d'après cela, combien il est nécessaire, pour éviter toute confusion, d'étudier avec le plus grand soin chaque fait qui se présente à l'observation ; de rechercher avec grande attention la douleur spontanée et la douleur à la pression ; d'en constater le trajet et les limites, de suivre la marche de la maladie ; car ce n'est qu'ainsi qu'on peut arriver à distinguer des affections semblables quant à leur nature, différentes quant à leur siége, et en partie aussi quant au traitement qu'on peut leur opposer.

Le rhumatisme musculaire dont je viens de parler est celui qui a reçu le nom de *rhumatisme nerveux.* Existe-t-il un *rhumatisme inflammatoire* ou d'une autre nature? Rien ne le prouve. On a, il est vrai, cité des cas dans lesquels de vives douleurs musculaires ont été suivies du gonflement, du ramollissement et de la suppuration des muscles, et d'autres où l'on a vu une sécrétion gélatiniforme se former autour des fibres musculaires, et celles-ci se rétracter, s'indurer, s'ossifier. Doit-on voir dans tout cela des rhumatismes musculaires? Quant à l'inflammation avec suppuration des muscles, on peut répondre hardiment non. Dans les cas de ce genre, la marche de la maladie n'est pas celle du rhumatisme, et sa terminaison exclut toute idée de l'affection dont nous nous occupons. L'affection mérite alors le nom de *myosite.* Quant aux autres espèces, la question est difficile.

Ce qui fait que toutes les fois que nous avons à nous occuper du rhumatisme nous sommes entourés de difficultés, c'est que par cette expression on a toujours entendu un état très complexe; et cela parce qu'on n'a tenu compte que du mode le plus général de la manifestation de la maladie. Dès qu'on trouvait une douleur dans les muscles, on disait : C'est un rhumatisme. Comme si cette douleur ne pouvait pas avoir des caractères particuliers, et être la conséquence de plusieurs états morbides distincts. Si l'on veut enfin parvenir à résoudre toutes ces questions délicates, il faudra qu'on distingue toutes ces espèces de douleurs. Qu'on réserve, si l'on veut, pour l'une d'elles le nom de rhumatisme, et, dans ce cas, il faudrait garder ce nom pour le rhumatisme nerveux ou névralgie des muscles, et qu'on désigne les autres par des noms particuliers. C'est ainsi qu'on a procédé pour la *phthisie pulmonaire*, qui comprenait tant d'affections diverses, et l'on sait combien la pathologie a gagné à cette distinction.

(1) Voy. l'article *Dermalgie.*

Les recherches sur le rhumatisme musculaire ne sont pas aussi considérables que celles qui ont été entreprises sur le rhumatisme articulaire. C'est dans un certain nombre de mémoires qu'il faut surtout chercher les éléments de sa description. Chomel et Requin ont consacré néanmoins une assez grande partie de leur ouvrage à cette espèce de rhumatisme.

Pour faciliter la description, je vais, à l'exemple des auteurs que je viens de citer, étudier d'abord le rhumatisme musculaire en général. Je n'aurai ensuite qu'à signaler les particularités appartenant à chaque espèce.

RHUMATISME MUSCULAIRE EN GÉNÉRAL.

Le rhumatisme peut être *aigu* ou *chronique*. Je rappellerai cette division lorsque je ferai la description des symptômes.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Il résulte de ce qui précède que l'on ne peut pas donner une définition se rapportant à toutes les affections désignées sous le nom de rhumatisme musculaire.

Pour moi, le véritable rhumatisme musculaire, tel qu'on l'observe dans l'immense majorité des cas, est caractérisé par de simples douleurs ayant leur siége dans les muscles, et de nature nerveuse. Les variétés qui ne sont pas comprises dans cette définition ne sont pas assez importantes pour nous occuper davantage ici; je les signalerai de nouveau quand il en sera temps.

Cette maladie a reçu les noms de *myositis*, *myo-rhumatisme*, *myodynie*. Sa très grande fréquence est bien connue de tout le monde.

« Le rhumatisme musculaire, disent Chomel et Requin, peut avoir son siége dans toutes les régions du corps ; mais néanmoins il attaque le tronc plus fréquemment que les membres. Le lumbago, le torticolis et la pleurodynie sont les espèces les plus communes, et quand les membres sont atteints, c'est presque toujours dans les parties les plus voisines du tronc. »

A ces espèces, que Chomel et Requin comptent avec raison parmi les plus communes, je crois devoir joindre le rhumatisme de l'épaule, auquel on n'a pas fait une attention suffisante, et que l'on peut appeler *scapulodynie* (1).

§ II. — Causes.

Les causes du rhumatisme musculaire ont été fort peu étudiées. Il serait bon de réunir un grand nombre d'observations de cette maladie, pour voir dans quelles circonstances elle se produit. Disons, en attendant que ce travail se fasse, que parmi les *causes prédisposantes*, il n'est guère que l'*âge adulte* et l'*hérédité* que nous ayons à signaler, et que la seule *cause occasionnelle* qui ait été attribuée à cette affection, est l'impression prolongée du froid et surtout du froid humide. On a, il est vrai, regardé aussi l'action subite du froid sur le corps en sueur, et la suppression de la transpiration cutanée, comme des causes très actives du rhumatisme musculaire; mais, sans prétendre que ces causes n'exercent pas leur influence

(1) C'est un mot peu correct ; il en sera de même de quelques autres dont je me servirai plus loin ; mais qu'importe, puisqu'ils désignent parfaitement les espèces peu connues que j'ai à décrire.

ns quelques circonstances, je ferai remarquer que les cas authentiques de ce **nre** sont très rares, et que c'est, je le répète, à l'action prolongée du froid **mide** que se rapportent presque tous les exemples de rhumatisme musculaire **ités** par les auteurs.

D'un autre côté, il est incontestable que fréquemment il est impossible de dé- **uvrir** aucune cause occasionnelle à cette affection, et cette circonstance mérite **'être** signalée, parce qu'elle rapproche encore le rhumatisme musculaire de la **évralgie**, qui se trouve dans le même cas.

§ III. — Symptômes.

C'est, comme je l'ai dit plus haut, quand il s'agit des symptômes, qu'il importe le distinguer une forme aiguë et une forme chronique.

1° *Rhumatisme musculaire aigu.*— Le *début* n'est ordinairement pas subit. Ce- **endant** j'ai vu une fois une douleur musculaire de l'épaule se développer brusque- **ment** et persister pendant plusieurs jours, après un simple mouvement du bras, **ans** aucun effort. Je reviendrai sur ce fait, à propos de quelques douleurs muscu- **aires** subites dont je parlerai plus loin. En pareilles circonstances, les choses se **assent** comme dans certains cas de névralgie.

Le plus souvent il survient une *douleur* d'abord sourde, puis augmentant d'in- **tensité**, et devenant en quelques heures, ou au plus en un ou deux jours, tout à fait **insupportable**. Lorsque le malade reste immobile, les muscles affectés étant dans le relâchement, la douleur est en général très supportable, souvent nulle; cepen- **dant** il survient, de moment en moment, chez un bon nombre de malades, des **élancements** douloureux qui se font sentir dans un ou plusieurs points des muscles **affectés**.

Ces élancements, dans un certain nombre de cas que j'ai recueillis, étaient un peu différents de ceux qu'on observe dans la névralgie proprement dite; au lieu d'être des éclairs de douleur, traversant vivement le point affecté, et se portant souvent d'un point à un autre, c'étaient des espèces d'*épreintes musculaires*, s'il est permis de parler ainsi : les malades se plaignaient, en effet, d'éprouver la sen- **sation** d'une *pression*, d'une *contraction* d'abord médiocrement douloureuse, puis portée promptement à un degré extrême, et cessant ensuite brusquement. Le temps que durent ces douleurs est à peine de quelques secondes. Elles se reproduisent à des intervalles variables, souvent au bout de deux ou trois minutes pendant un cer- **tain** temps; puis elles cessent, pour se reproduire de nouveau plus tard, à plusieurs reprises. Il y a, comme on le voit, quelques différences, mais aussi beaucoup d'a- **nalogie** entre ces *douleurs spontanées* et celles des névralgies. Le siége seul paraît **être la** cause de ces nuances.

Si l'on presse sur ces points, on cause une douleur assez vive, et ordinairement **tout** le muscle est sensible à la *pression*. Les points ne sont pas limités, comme **dans la** névralgie proprement dite. Cette *douleur provoquée* n'est pas, du reste, **comparable**, sous le rapport de son intensité, à la douleur que produit la pression sur les points névralgiques, dans les cas de névralgie violente et pendant les pa- **roxysmes**.

Mais ce qu'il importe surtout de signaler, ce qui constitue le caractère essentiel **du** rhumatisme musculaire aigu, c'est la *douleur pendant les mouvements* qui

nécessitent la contraction des muscles affectés. Cette douleur est si vive, que le mouvement est brusquement arrêté ; que des gémissements, des cris, sont arrachés au malade ; que celui-ci ne peut enfin, sans un effort violent pour vaincre la douleur, achever le mouvement commencé, qui a presque toujours pour but un changement de position.

La recherche d'une *position* convenable et non douloureuse est, en effet, ce qui préoccupe presque constamment le malade. Lorsqu'il l'a trouvée, il éprouve le plus grand soulagement, et peut se croire débarrassé de sa douleur ; mais cet espoir dure peu. Les contractions involontaires des muscles nécessaires pour maintenir la station dans la position nouvellement prise, occasionnent d'abord une faible douleur qui devient ensuite plus vive, jusqu'à ce qu'enfin elle soit insupportable, et que cette position, d'abord si facile, doive être changée contre une autre.

Dans le jour, le malade, maître de ses mouvements, éprouve moins fréquemment les douleurs brusques et vives causées par un déplacement rapide ; mais, pendant la nuit, la position prise au moment de s'endormir ne tarde pas à être insupportable ; le malade, tout endormi, cherche instinctivement à en prendre une autre, et il est réveillé en sursaut par une douleur qui lui arrache un cri. Cette apparition brusque de la douleur se renouvelle ordinairement à de courts intervalles, de telle sorte que le malade passe la nuit dans une agitation continuelle et dans de vives souffrances, qu'on a attribuées à la *chaleur du lit*, mais qui sont bien plutôt le résultat de la position. C'est surtout dans le rhumatisme de l'épaule que ces phénomènes se font remarquer.

Fréquemment la douleur finit par devenir assez vive pour causer une *insomnie* complète ; c'est alors surtout que les malades cherchent vainement une position favorable, et se retournent à chaque instant dans leur lit, en poussant des cris plaintifs. On a encore attribué, dans ce cas, l'augmentation de la douleur à la chaleur du lit, et l'on en a donné pour preuve le soulagement que les malades éprouvent en se levant et en prenant la position assise ; mais je ferai remarquer : 1° que bien souvent la position assise ne tarde pas à devenir aussi insupportable que la position couchée ; que dans ces cas les malades tantôt se lèvent, tantôt se recouchent, sans pouvoir trouver plus de soulagement dans la fraîcheur de l'appartement que dans la chaleur du lit ; 2° que, dans les cas où le soulagement est persistant, on en trouve encore la raison dans les résultats de la position. C'est, en effet, dans les cas de rhumatisme de l'épaule et du cou que le lit est surtout pénible ; or, dans les cas de ce genre, les muscles affectés sont bien plus dans le relâchement lorsque les malades sont assis que lorsqu'ils sont couchés.

En outre, il est certains moments indéterminés de la journée ou de la nuit où la douleur musculaire, avec toutes les nuances qui viennent d'être décrites, prend une intensité beaucoup plus grande ; ces exaspérations ou *paroxysmes* sont un trait de plus de ressemblance du rhumatisme musculaire et de la névralgie.

On a donné la *mobilité* comme un des principaux caractères du rhumatisme musculaire ; mais c'est à propos de ce caractère qu'il est utile d'établir une distinction entre le rhumatisme musculaire aigu et le rhumatisme musculaire chronique. Il est rare qu'à l'état aigu le rhumatisme se déplace. Cependant ce caractère ne laisse pas d'exister, car on voit des douleurs très vives se porter d'une épaule au côté, à l'abdomen, aux lombes ; mais ce déplacement est infiniment

is fréquent que dans le rhumatisme chronique. On ne peut donc pas dire, avec uteurs du *Compendium :* « Lorsqu'il (le rhumatisme) est aigu, il parcourt successivement plusieurs parties de l'appareil locomoteur, et se termine en : ou trois jours dans son premier siége. A l'état chronique, il a plus de fixité, ssemble sous ce rapport au rhumatisme mono-articulaire; il persiste opiniâtré-t, pendant plusieurs semaines, quelquefois plusieurs mois, dans les muscles, finit par prendre, en quelque sorte, droit de domicile. »

'observation d'un bon nombre de cas m'a prouvé la vérité de la proposition raire. Il n'est pas douteux, il faut le reconnaître, que les choses peuvent se er ainsi; mais certainement ce n'est pas là la règle.

: ne parle pas ici du sentiment de *fraîcheur* que quelques malades disent uver; c'est dans le rhumatisme chronique qu'on a noté ces sensations parti-:res.

', au milieu de ces vives souffrances, on examine le point affecté, on ne trouve d'appréciable à l'extérieur. Dans les cas où l'on a trouvé la rougeur, la tumé-on, la chaleur, on avait affaire à une autre affection : il s'agissait soit d'un éry-ie, soit d'une inflammation des muscles, etc.

est rare qu'il y ait d'autres symptômes que ceux qui viennent d'être décrits, même que la douleur est le plus intense. Quelquefois cependant on a noté de res *horripilations*, un peu de *chaleur*, du *malaise*, de la *céphalalgie*, une re accélération du *pouls;* mais ces symptômes, qui sont presque toujours la équence de l'agitation et de l'insomnie, ont une médiocre intensité, et ne tar-pas à se dissiper; le plus souvent on voit, avec un rhumatisme musculaire aigu plus intenses, et qui ne permet pas la moindre contraction des muscles affectés, *vétit* se conserver, le *pouls* garder sa fréquence normale, et toutes les fonctions écuter parfaitement.

el est le rhumatisme musculaire aigu, dont la description n'est pas précise : les auteurs. Si l'on a attribué d'autres symptômes à cette affection, c'est qu'on en vue d'autres maladies, et notamment l'inflammation des muscles, dans elle la douleur doit de toute nécessité ressembler à la douleur rhumatismale, qui n'est nullement un rhumatisme.

' *Rhumatisme musculaire chronique.* — Le rhumatisme musculaire chronique eaucoup plus fréquent qu'on ne le pense communément : ce qui a fait croire n'en était pas ainsi, c'est que, dans cette forme de rhumatisme, il y a de loin in des exacerbations, et qu'on n'a tenu compte que de ces exacerbations. Mais in interroge avec soin un grand nombre de sujets, on voit qu'il y en a plus n ne l'avait pensé qui souffrent habituellement d'une épaule, des reins, d'un ; seulement ces douleurs sont ordinairement si légères, que les grandes con-ions seules les réveillent, tandis qu'à des intervalles variés elles prennent une grande intensité et fatiguent beaucoup les malades. Telle est une des formes lus fréquentes du rhumatisme musculaire chronique; elle n'empêche nulle-t les malades de vaquer à leurs occupations et ne gênent aucune fonction. Le souvent même, aux époques où la douleur prend une plus grande intensité, exacerbation n'est pas assez considérable pour rien changer aux habitudes du

hez certains individus, le rhumatisme a une plus grande étendue : il occupe

un grand nombre de muscles du corps; mais il ne présente pas d'autres caractères, ni une plus grande intensité. Dans les deux formes précédentes, il arrive ordinairement que l'exercice dissipe les douleurs; lorsque, par exemple, les membres inférieurs sont affectés, les premiers pas sont difficiles, puis, après quelques moments de marche, toute douleur se dissipe.

Enfin le rhumatisme musculaire chronique peut être beaucoup plus intense: c'est ainsi qu'on voit des sujets souffrir constamment, à un plus ou moins haut degré, de quelque partie du corps. La douleur, chez eux, occupe tantôt un point, tantôt un autre; mais elle a presque toujours un siége de prédilection, où elle se fait sentir avec plus de constance et plus d'intensité. C'est cette particularité qui a fait dire que le rhumatisme musculaire chronique a plus de fixité que le rhumatisme musculaire aigu, tandis qu'il suffit d'en observer quelques cas pour s'assurer que le premier se transporte beaucoup plus facilement d'un point dans un autre. Cette *mobilité* a une importance qu'il est inutile de faire remarquer.

Les sujets atteints de rhumatisme musculaire chronique, surtout lorsque cette maladie revêt la dernière forme que je viens d'indiquer, se fatiguent facilement; ils sont aisément courbaturés; les grands efforts pour soulever un fardeau, pour frapper, etc., rendent douloureux les muscles qui se sont contractés, et principalement ceux qui sont habituellement le siége d'une douleur supportable. C'est surtout dans ces cas que l'on voit des douleurs subites très aiguës se manifester à la suite de violentes contractions, et les sujets dont il s'agit sont les plus exposés à être atteints du rhumatisme musculaire aigu tel qu'il a été décrit plus haut.

Enfin il est une forme de rhumatisme musculaire chronique qui a pour caractère l'intensité, la fixité, la persistance à un degré à peu près le même, de la douleur rhumatismale. C'est surtout dans l'épaule et dans les lombes que se montre cette forme de la maladie. En pareil cas, les muscles affectés sont presque réduits à l'immobilité; les contractions y sont toujours douloureuses, et il en résulte une atrophie plus ou moins considérable. Les cas de ce genre sont rares.

Quant à ceux où l'on a observé la rétraction musculaire, l'ossification des muscles, etc., il faut absolument de nouvelles recherches pour fixer notre opinion sur ce point.

§ IV. — Complications.

On a cité comme une complication fréquente la coexistence du rhumatisme articulaire et du rhumatisme musculaire, et l'on a dit que les individus sujets à la première de ces deux maladies l'étaient aussi à la seconde. Il n'y a rien d'exact dans ces propositions. Sans doute on a vu des cas dans lesquels les deux rhumatismes existaient ensemble; mais la proportion n'est pas, à beaucoup près, assez forte pour qu'on en tire une semblable conclusion, et le rhumatisme musculaire est une affection si fréquente, qu'il n'est nullement étonnant qu'on la rencontre dans la plupart des autres maladies.

Je ne peux rien dire de précis sur la *complication par une névralgie*; je sais qu'elle n'est pas rare; mais il faudrait des recherches exactes sur ce point. Ce qu'il y a de certain, c'est que, comme je l'ai dit plus haut, le rhumatisme musculaire peut se transformer en névralgie proprement dite, et que chez quelques sujets on voit alterner fréquemment ces deux affections.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche du *rhumatisme aigu* est continue, mais avec de grandes exacerbations. Ainsi, par moments, les malades se sentent très soulagés : mais s'ils veulent contracter les muscles affectés, ils s'aperçoivent que la douleur est loin d'être dissipée. Dans le *rhumatisme musculaire chronique*, les exacerbations sont bien plus marquées encore, parce que, pendant des intervalles souvent très longs, il n'existe qu'une douleur légère et qui ne devient notable que dans les grands mouvements. Dans un certain nombre de cas, il y a intermittence, et la douleur disparaît complétement pendant des temps plus ou moins longs, se reproduisant, dans l'immense majorité des cas, plusieurs fois dans une année. La durée du rhumatisme musculaire aigu n'est ordinairement que de trois à huit ou dix jours. Dans quelques cas, il se prolonge pendant plusieurs semaines; mais alors il y a des périodes de rémission bien tranchées.

Cette affection ne se termine pas par la mort. Après plusieurs attaques de rhumatisme musculaire aigu, on voit souvent survenir le rhumatisme chronique. On a cité des cas de *paralysie partielle*, suites d'un rhumatisme musculaire. C'est surtout dans la *scapulodynie*, dont je parlerai plus loin, qu'on a observé cette *terminaison.*

§ VI. — Lésions anatomiques.

Presque jamais on ne trouve de lésions dans les muscles affectés. Si le rhumatisme est resté longtemps fixé dans un point et y a conservé une assez grande intensité pour empêcher les mouvements, l'atrophie des muscles affectés et celle du membre condamné à l'immobilité en sont le résultat. Il en est de même lorsque la *paralysie partielle* est la conséquence du rhumatisme musculaire. Quant à l'infiltration gélatiniforme, à l'ossification, à la rétraction des muscles, je dois répéter ici ce que j'ai déjà dit, c'est qu'il n'est pas encore permis de considérer les affections qui donnent lieu à ces résultats comme identiques avec celles que je viens de décrire, et qu'il faut étudier cette question difficile, en ayant soin de ne pas se laisser abuser par de simples apparences, comme on l'a fait quand on a pris l'inflammation des muscles, la *myosite* (1), pour un simple rhumatisme. Ces derniers mots font voir que je ne regarde pas comme des rhumatismes musculaires les cas où l'on a trouvé la suppuration des muscles.

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

Les nombreuses explications que j'ai été obligé de donner dans la description précédente prouvent qu'il est bien des circonstances où le diagnostic présente des difficultés; mais, en y réfléchissant, on voit que, dans presque tous les cas douteux, c'est entre l'existence du rhumatisme musculaire et celle de la névralgie que l'on a à se prononcer.

Je ne peux pas entrer ici dans de grands détails sur le diagnostic, parce que les signes distinctifs variant suivant chaque espèce de rhumatisme, à cause du siége de

(1) Voy., à ce sujet, Dionis des Carrières, qui a fait de la myosite l'objet de recherches intéressantes : *Études sur la myosite*, thèse. Paris, 1851.

l'affection, c'est lorsqu'on arrive à faire l'histoire de ces diverses espèces qu'on peut tracer un diagnostic différentiel vraiment utile. Je dirai donc seulement que le rhumatisme diffère de la *névralgie proprement dite* en ce que la douleur occupe une plus grande surface; que les points douloureux à la pression sont moins limités; que ces points se trouvent surtout aux attaches des muscles et non sur le trajet d'un nerf, et que la contraction musculaire cause une souffrance hors de toute proportion avec les autres douleurs spontanées ou provoquées, tandis que dans la névralgie, c'est le contraire qu'on observe le plus souvent.

L'*inflammation d'un muscle*, la *myosite*, se distingue du rhumatisme musculaire par l'intensité de la douleur, qui est extrême; par l'impossibilité absolue des contractions; par l'absence de soulagements passagers aussi marqués que dans le rhumatisme; par le gonflement, et quelquefois la rougeur et l'empâtement de la partie affectée, si le muscle est superficiel; par l'intensité extrême de la douleur à la pression; par sa fixité dans un point situé vers le centre du muscle et non aux attaches; enfin par la fièvre et l'altération des principales fonctions.

Je n'ai pas distingué, dans ce diagnostic, le rhumatisme musculaire en aigu et en chronique, parce que le lecteur pourra facilement faire la part de l'un et de l'autre; d'ailleurs je vais avoir maintes fois occasion, en parlant de chaque espèce de rhumatisme, de revenir sur ce point important.

Pronostic. — Le pronostic n'a rien de grave. Seulement il faut noter que le rhumatisme chronique est une maladie des plus rebelles. Quelques espèces, comme le lumbago, la pleurodynie, la scapulodynie, qui sont les plus fréquentes, sont aussi les plus difficiles à guérir.

§ VIII. — Traitement.

Le traitement du rhumatisme musculaire aigu est bien loin d'avoir été étudié avec le soin convenable, et la confusion que j'ai indiquée plus haut entre des états pathologiques qui, sans être distincts par leur nature, le sont du moins par quelques particularités importantes, ôte beaucoup de leur valeur aux assertions des auteurs sur ce point.

1° *Traitement du rhumatisme musculaire aigu.* — Le traitement du rhumatisme musculaire aigu est fort simple. Si le mal est léger, on se contente de prescrire un *bain simple*, des *cataplasmes émollients*, le repos dans une *position* telle que les muscles affectés soient dans le relâchement. Si, au contraire, le rhumatisme est très violent, il faut recourir aux *émissions sanguines*. La *saignée générale* est rarement mise en usage dans ces cas; cependant, si le sujet est robuste et sanguin, l'extraction d'une assez grande quantité de sang par la veine est un moyen qui a des avantages réels et qu'on ne doit pas négliger. Les *ventouses scarifiées* sont d'un usage général dans cette affection, ainsi que les *sangsues* appliquées à plusieurs reprises, si la persistance des douleurs l'exige.

A l'aide de ces seuls moyens et de quelques boissons *sudorifiques*, telles que l'infusion de *sureau* et de *bourrache*, on parvient facilement à faire disparaître le rhumatisme musculaire aigu dans le plus grand nombre des cas. Les émissions sanguines locales, et l'application des sangsues en particulier, ont une efficacité chaque jour démontrée par les faits. Dès le lendemain de la première application,

soulagement est très considérable, et au bout de peu de temps tous les symtômes sont dissipés.

Si la douleur résiste, on a recours à quelques *topiques excitants*, tels que les *inapismes*, le *chloroforme*, les liniments avec l'*alcali volatil*, les *cataplasmes à l'alcool saturé de camphre*, les frictions avec l'alcool camphré, une solution de mon, etc. Je fais remarquer ce nouveau trait de ressemblance entre le rhumatisme musculaire et la névralgie, qui, elle aussi, cède parfois aux applications sur la peau les moyens que je viens d'énumérer.

Enfin, si la douleur est rebelle et tend à passer à l'état chronique, on a recours ux *vésicatoires*, aux *cautères*, aux *moxas*. Les cas de ce genre sont rares. Pour ue les vésicatoires agissent, on est souvent obligé de les entretenir, ou mieux de es multiplier, comme dans les névralgies. Ce qui m'a réussi le mieux dans des cas rès rebelles de *scapulodynie*, c'est l'application de larges vésicatoires sur lesquels n appliquait du *chlorhydrate de morphine* à dose croissante de 1 à 5 ou 6 centigrammes.

2° *Traitement du rhumatisme musculaire chronique.* — Le traitement du rhumatisme musculaire chronique nous présente un bien plus grand nombre de moyens; nais ce qui prouve encore avec quelle négligence cette question a été étudiée, c'est ue l'on n'a guère fait que reproduire, dans l'exposé de ce traitement, ce qu'on vait dit à propos du rhumatisme articulaire chronique; non que l'expérience ait rouvé que ce qui convient à l'un convient aussi à l'autre, mais parce que, regarınt les deux affections comme de même nature, on a supposé que le même traiment devait nécessairement réussir dans l'une et dans l'autre. Passons en revue ıpidement ces divers moyens.

Dans les cas d'exacerbations violentes et de retour à l'état aigu du rhumatisme usculaire chronique, on met en usage les moyens qui ont été énumérés plus ıut. L'existence de la douleur chronique ne change rien à la pratique ordinaire. i la douleur a perdu son acuité, on a très fréquemment recours aux *vésicatoires* demeure ou aux vésicatoires volants et multipliés. A ce sujet, je dois présenter uelques réflexions. Les auteurs signalent tous la grande efficacité du vésicatoire ans le rhumatisme musculaire; cependant il résulte des faits que j'ai observés ue ce moyen, quoique réellement utile, est notablement moins efficace, lorsque douleur siége bien évidemment dans un ou plusieurs muscles, que lorsqu'elle st bornée au trajet bien connu d'un nerf. Ne doit-on pas admettre que, dans les s très nombreux où l'on a vu disparaître très rapidement la douleur sous l'inuence des vésicatoires, il s'agissait d'une névralgie bien caractérisée, d'une névalgie proprement dite, et non d'une douleur musculaire? C'est une manière de oir qui paraîtra très légitime à tous ceux qui ont jeté les yeux sur quelques-unes s observations de rhumatisme musculaire publiées avant ces dernières années. ırmi les pleurodynies, les lumbagos, les rhumatismes musculaires de la tête et l'abdomen, on trouve une très grande quantité de névralgies intercostales, mbo-abdominales, etc.; et, en pareil cas, les vésicatoires ont dû nécessairement oir une très grande efficacité. Cette différence dans l'action d'un même médicaent, sur des maladies de même nature, s'explique par la différence du siége.

Les mêmes réflexions s'appliquent à l'emploi de la *cautérisation transcurrente*, laquelle on a eu également recours dans des cas où l'on n'a vu qu'un rhuma-

tisme musculaire chronique. On sait combien ce moyen énergique est efficace dans les névralgies. Les *cautères* et les *moxas* sont bien moins fréquemment employés, et il n'est pas assez prouvé qu'ils aient plus d'utilité que les moyens qui viennent d'être mentionnés, pour qu'on passe par-dessus leurs inconvénients bien connus.

Lorsque la douleur, sans être très incommode par son intensité, l'est par sa persistance, il suffit quelquefois de *frictions sèches* avec une brosse anglaise, avec de la flanelle, un morceau de tissu de grosse laine, etc. Mais ce moyen n'est guère que palliatif, et la douleur, un moment calmée, ne tarde pas à reparaître.

Le *massage* a été beaucoup vanté dans ces dernières années, ainsi que la *percussion* sur les muscles affectés. M. le docteur Lepelletier (1) a rapporté des observations dans lesquelles on voit divers rhumatismes musculaires céder à l'emploi du *massage* et de la *distension forcée*. Il ne peut pas être un instant douteux que ces moyens produisent un soulagement très marqué, mais on peut leur appliquer la remarque précédente, c'est-à-dire que, le plus souvent, le soulagement n'est que momentané, et que la douleur se reproduit avec une très grande facilité.

Il me suffit de mentionner l'*acupuncture*, l'*électropuncture*, l'*électricité*, l'action de l'*aimant*; nous n'avons rien de positif sur leur degré d'utilité.

Les *liniments excitants*, les *topiques excitants* de toute espèce, sont employés dans le rhumatisme musculaire chronique. Chomel et Requin proposent le liniment suivant :

℞ Teinture de cantharide....	15 gram.	Savon officinal................	30 gram.
Huile d'amandes douces...	120 gram.	Camphre	2 gram.

Dissoudre le camphre dans l'huile et le savon dans la teinture, puis mélanger le tout. Pour frictions, matin et soir, sur les points douloureux.

M. Delfrayssé (2) vante comme un excellent spécifique le liniment suivant :

℞ Essence de térébenthine...	30 gram.	Tartre stibié..............	4 gram.

Faire quatre frictions à une heure d'intervalle sur la région malade.

Ce médecin cite deux observations seulement à l'appui de son assertion.

Les *eaux thermales* sont regardées comme très utiles dans le traitement de la maladie qui nous occupe. On recommande les *eaux sulfureuses*, particulièrement. Il est certain qu'on a de très fréquentes occasions de voir des malades, partis très souffrants, revenir débarrassés de leurs douleurs après une ou deux saisons des eaux. Mais quelles étaient les espèces de douleurs dans les divers cas? Voilà ce qu'il serait nécessaire de savoir avant de se prononcer.

Les *bains*, les douches de *vapeur*, les *fumigations sulfureuses*, sont de l'usage le plus fréquent, et l'expérience générale nous apprend qu'on en retire de bons effets; mais il reste à déterminer quelles sont les circonstances dans lesquelles ces moyens conviennent particulièrement.

Nous avons encore à signaler ici l'usage de l'*eau froide* à l'*intérieur* et surtout à

(1) *Union médicale*, 2 et 5 mars 1850.
(2) *Gazette des hôpitaux*, mai 1852.

l'extérieur. Des faits nombreux ont été rapportés, qui prouvent les heureux effets de l'*hydrothérapie* dans le rhumatisme musculaire chronique, aussi bien que dans le rhumatisme articulaire. Lorsque la maladie n'a pas une très grande intensité, c'est-à-dire dans le plus grand nombre des cas, des *lotions froides* sur tout le corps, pratiquées le matin au sortir du lit, et faites en toute saison, sont d'une utilité reconnue par un grand nombre de médecins, et cette pratique se répandant beaucoup, on apprend tous les jours que de nouvelles personnes se sont ainsi débarrassées de douleurs rhumatismales anciennes.

Lorsque le rhumatisme musculaire chronique se montre rebelle à tous ces moyens, on ne doit pas hésiter à mettre en usage les *sels de morphine par la méthode endermique*, et cela avec persévérance. Il est bien entendu que, lorsqu'il ne s'agit que de ces petites douleurs qui ne causent ordinairement qu'une incommodité légère, il n'y a pas lieu de recourir à ce moyen, et que les simples palliatifs suffisent. Le sel de morphine, appliqué d'abord à faible dose, peut être élevé, comme je l'ai dit, dans le traitement du rhumatisme musculaire aigu. Il faut en étendre l'action à plusieurs points à la fois, en appliquant des vésicatoires multipliés sur les endroits les plus douloureux, et en mettant 1 centigramme de sel sur chaque vésicatoire.

On a bien souvent recours à de simples liniments sédatifs, le suivant, par exemple :

℞ Huile d'amandes douces.. 60 gram. | Laudanum de Sydenham..... 10 gram.
Mêlez. Pour frictions, deux ou trois fois par jour.

Mais les moyens de ce genre n'ont pas une action bien grande, et ne conviennent que dans les cas où le mal est léger.

Chomel et Requin conseillent le liniment sédatif suivant :

℞ Baume tranquille..... } Huile camphrée...... } ãã 60 gram. | Huile de camomille..... } Huile de jusquiame..... } ãã 60 gram.
Mêlez. Pour frictions, trois ou quatre fois par jour.

Il est douteux que ce liniment ait une action beaucoup plus grande que le précédent.

Moyens divers. — Je me contenterai de mentionner les moyens suivants, parce que nous n'avons aucun renseignement précis sur leur mode d'action et sur leur degré d'efficacité.

On a recommandé les *frictions mercurielles*, l'usage du *calomel* à l'intérieur, le *colchique*, les *narcotiques;* à l'intérieur, les lotions, les frictions de *cyanure de potassium*, qu'on pratique ainsi qu'il suit :

℞ Cyanure de potassium.. 0,40 gram. | Eau.................... 30 gram.
Pour lotions, trois ou quatre fois jour.

℞ Cyanure de potassium.. 0,20 gram. | Axonge................. 30 gram.
Pour frictions sur les points malades, trois ou quatre fois par jour.

M. Poggiale (1) a communiqué à l'Académie des sciences la formule d'une

(1) Voy. *Bulletin gén. de thérap.*, 30 décembre 1852.

pommade qu'il considère comme un moyen très efficace de traitement des douleurs rhumatismales, et à l'appui de l'action de laquelle il rapporte dix-sept observations. Voici cette formule :

℞ Chlorhydrate de morphine......................	Q. s.
Eau distillée, extrait de belladone................	
Onguent populéum..........................	
Axonge macérée dans des feuilles de datura........	

Le tout aromatisé avec essence de citron ou eau de laurier-cerise.

Nous ne donnons pas les doses, M. Poggiale ne les ayant pas publiées, mais l'intelligence de nos lecteurs comblera facilement cette lacune.

Je n'insiste pas sur ces moyens; j'ajoute seulement que dans certains cas où la maladie s'est montrée avec des caractères d'intermittence, on a réussi à la faire disparaître en employant le *traitement antipériodique ;* et que, d'après ce que j'ai dit plus haut, le rhumatisme, quoique différent de la névralgie proprement dite, étant néanmoins au fond de la même nature, on est autorisé à essayer tous les moyens conseillés contre les névralgies qui n'ont pas été mentionnés dans l'exposé précédent (1).

Je viens d'exposer l'histoire du rhumatisme musculaire en général. Telle que je l'ai présentée, elle offrira, sans doute, quelque nouveauté à ceux qui savent avec quelle négligence elle a été traitée jusqu'à présent. L'étude des névralgies ayant attiré mon attention sur les douleurs de toute espèce, j'ai eu bien des fois occasion d'examiner avec attention des rhumatismes musculaires; c'est ainsi que j'ai pu noter plusieurs particularités importantes qui avaient échappé aux auteurs. Cependant je ne me dissimule pas qu'il reste encore beaucoup à faire sur ce point de pathologie, plus important que ne paraissent le croire beaucoup de médecins. Tous les jours on est consulté pour des douleurs: d'abord on n'éprouve aucun embarras, parce qu'il est un certain nombre de moyens vulgaires qu'on peut prescrire sans porter aucun diagnostic; mais si les douleurs persistent, ce qui n'est pas rare, on se trouve fort embarrassé, on éprouve de l'hésitation à spécifier le cas, on ne sait plus à quel moyen avoir recours, et l'on peut perdre la confiance du malade. On ne saurait donc trop recommander au praticien l'étude attentive de cette maladie, dont je ferai connaître quelques particularités nouvelles en parlant des espèces de rhumatisme musculaire.

Traitement prophylactique. — Dans ce que les auteurs nous ont laissé sur le traitement prophylactique du rhumatisme musculaire soit aigu, soit chronique, nous ne trouvons rien qui s'applique particulièrement à cette affection. Ce sont les soins hygiéniques, les précautions générales conseillées contre le rhumatisme articulaire, qu'on a purement et simplement appliqués au rhumatisme musculaire. C'est là évidemment encore une preuve du peu d'importance qu'on a attaché à l'étude de cette affection. En l'absence de renseignements plus exacts, bornons-nous à dire qu'on recommande aux personnes sujettes au rhumatisme musculaire la sobriété, la modération dans les plaisirs vénériens, un exercice régulier tous les jours, le soin d'éviter le froid humide, et néanmoins de ne pas prendre de trop grandes

(1) Voy. article *Névralgie en général* (traitement).

cautions contre cette cause. Si, en effet, on se couvre trop et si l'on évite avec p de soin les impressions atmosphériques, on acquiert une très grande suscepilité qui expose à voir apparaître les douleurs rhumatismales à la moindre action m air un peu frais. Les lotions froides, faites tous les matins, mettent à l'abri cette susceptibilité. Il faut éviter le refroidissement partiel et prolongé du corps. 1 voit, en effet, fréquemment des malades qui ne peuvent trouver d'autre cause eur affection que de s'être découverts la nuit et d'être ainsi restés, pendant un mps qu'ils ne peuvent préciser, exposés au contact de l'air froid. On doit égaleent éviter de s'endormir sur le sol humide; changer de vêtements dès qu'ils sont ouillés, etc.

PRINCIPALES ESPÈCES DE RHUMATISME MUSCULAIRE.

Le soin avec lequel j'ai traité la description du rhumatisme musculaire en général me dispensera d'entrer dans de grands détails à l'occasion de chacune de ses pèces; je n'aurai, en effet, qu'à faire connaître ce qui les caractérise particulièment, et, comme les symptômes communs à toutes ces espèces sont de beauoup les plus nombreux, il ne me restera que quelques circonstances spéciales à entionner.

Chacune des espèces que je vais décrire se manifeste à l'état aigu aussi bien qu'à état chronique; mais, comme il n'y a rien de bien important à dire sous le raport des formes de la maladie, il suffit de cette indication générale, sauf à revenir cette distinction si elle devient nécessaire.

1° *Rhumatisme épicrânien* (*céphalodynie*).

Ce rhumatisme, comme son nom l'indique, occupe le muscle occipito-frontal ui recouvre la région épicrânienne. La douleur se fait principalement sentir vers occiput, le front et le sommet de la tête.

On a fréquemment confondu ce rhumatisme avec les névralgies trifaciale et ocipitale légères. Ce qui les distingue, c'est que le rhumatisme a son siége des deux ôtés, que les élancements y sont beaucoup moins vifs, et que les points doulou-eux, ou points d'émergence des nerfs, sont moins sensibles à la pression, tandis ue la contraction du muscle qui tend à mouvoir le cuir chevelu est beaucoup plus douloureuse.

Quant au diagnostic avec l'érysipèle, la céphalalgie du coryza, la céphalalgie ébrile, il ne mérite pas de nous arrêter.

On a donné le nom de *gravedo* à cette espèce de rhumatisme, comme aux autres humatismes musculaires de la tête. Il donne fréquemment lieu à cet état de éphalalgie chronique auquel on a donné le nom de *céphalée*.

Le *traitement* de cette espèce ne présente rien de particulier, si ce n'est qu'il ut avoir soin de faire raser la tête pour l'application des topiques excitants ou almants, pour les lotions froides, etc. Beaucoup de malades réussissent à calmer urs douleurs en se couvrant la tête de coiffures très chaudes. Chomel et Requin nt signalé les inconvénients de cette méthode, qui rend la tête beaucoup plus sceptible à l'impression du froid, et qui, en outre, prédispose aux congestions

cérébrales. Je ne vois pas jusqu'à quel point cette dernière manière de voir peut être admise.

2° *Rhumatisme des autres muscles de la tête.*

Ce rhumatisme est plus rare que le précédent. Il a son siége le plus ordinairement dans les muscles des yeux, dans le temporal et dans le masséter. Dans ces deux derniers cas, la mastication est considérablement gênée. Rien, du reste, qui mérite de fixer plus longtemps notre attention.

3° *Rhumatisme du cou (torticolis, cervicodynie).*

Torticolis. — Le rhumatisme du cou, connu généralement sous le nom de *torticolis*, et qui présente une variété à laquelle on peut donner le nom de *cervicodynie*, est un de ceux qui se montrent le plus fréquemment à l'état aigu.

Le plus souvent, il a pour cause l'*action prolongée du froid* sur les muscles du cou pendant le sommeil. C'est, en effet, presque toujours au réveil, et du côté exposé au froid, que les muscles se montrent douloureux. Il paraît néanmoins que quelquefois le torticolis reconnaît pour cause une contraction prolongée et forcée des muscles atteints, par suite de ce que les malades appellent une fausse position. On a dit que les hommes y sont plus sujets que les femmes, mais le fait n'est pas parfaitement prouvé.

Le torticolis se manifeste ordinairement le matin au réveil, ainsi que je viens de le dire : les malades ne s'en aperçoivent qu'au moment où, voulant tourner la tête, ils sont arrêtés par la douleur. C'est surtout lorsqu'ils veulent tourner la tête du côté opposé au côté affecté qu'ils éprouvent cette souffrance, qui est telle que le mouvement est brusquement arrêté, et que souvent elle leur arrache un léger cri. Toutes les fois que, sans y penser, ils veulent renouveler ce mouvement, les mêmes phénomènes se manifestent; mais lorsqu'ils se retournent de propos prémédité, ils ont soin de prendre des précautions pour éviter la douleur; ils se retournent tout d'une pièce; c'est le corps qui fait le mouvement et non la tête. Ils ont soin par là d'éviter toute contraction des muscles affectés. La même appréhension leur fait tenir instinctivement la tête inclinée du côté malade et la face un peu tournée dans le même sens, d'où résulte une tournure bizarre désignée par cette expression de torticolis ou *cou tors*.

Le torticolis présente, dans sa marche et l'exaspération de ses symptômes, les mêmes particularités que les autres rhumatismes musculaires. On peut dire seulement que la douleur spontanée y revêt moins fréquemment le caractère rémittent, lancinant, névralgique, que dans les autres espèces.

On a parlé de *torticolis chronique* par rétraction des muscles, inflammation chronique des tendons, etc. (1). Les cas de ce genre ne sont pas de véritables rhumatismes, et le torticolis chronique, s'il existe, est une maladie fort rare.

Cervicodynie. — Mais il est une autre affection du même genre qui se montre aussi bien à l'état chronique qu'à l'état aigu, et qui n'est pas suffisamment connue.

(1) Voy. J. Guérin, *Mémoire sur une nouvelle méthode de traitement du torticolis ancien.* Paris, 1838. — Bouvier, *Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. II, p. 956 ; t. IV, p. 518. — *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur.* Paris, 1858, p. 80.

'est celle à laquelle je propose de donner le nom de *cervicodynie*, parce que la ouleur a son siége dans les muscles de la région cervicale.

Tous les muscles de la partie postérieure du cou sont affectés. Lorsque le malade ut incliner fortement la tête en arrière, il sent dans ces muscles une douleur ve, ou bien la sensation que fait éprouver la pression sur une partie contuse. ans le repos absolu et dans le relâchement des muscles, toute sensation doulou-use disparaît ordinairement; mais à la plus légère tension des muscles, si le ma-de baisse un peu la tête, par exemple, une douleur sourde, qui va bientôt en gmentant, ne tarde pas à se faire sentir. Cette douleur retentit fréquemment rs la partie supérieure et antérieure de la tête, parce qu'elle gagne le muscle cipito-frontal. On voit par là quelle analogie il y a entre ce rhumatisme et la *évralgie occipitale*. On trouvera ces rapports bien plus grands encore lorsque je rai que j'ai vu le rhumatisme des muscles de la partie postérieure du cou se trans-rmer en névralgie occipito-frontale très évidente, et que j'ai observé longtemps n sujet chez lequel la douleur était tantôt concentrée dans ces muscles, et tantôt panouie, pour ainsi dire, à tous les rameaux nerveux de la partie postérieure et itérieure de la tête.

Mais ce qu'il faut surtout noter, c'est un état de vague dans la tête, de la tension ans cette partie et des étourdissements souvent très marqués. J'ai observé plu-ieurs fois ces symptômes, qui ressemblent beaucoup, comme on le voit, à ceux de ertaines *congestions* décrites dans un autre article de cet ouvrage (1). Je me suis ependant assuré qu'il n'y avait pas de congestion; les symptômes que je viens l'énumérer étaient en rapport avec la douleur des muscles du cou, avec son exten-ion aux muscles de la tête, avec la fatigue éprouvée par les parties malades; ainsi ls survenaient principalement lorsque la tête était restée longtemps courbée en vant, lorsque les sujets avaient dû fréquemment la tourner à droite et à gauche, orsqu'ils avaient gardé pendant un certain temps une position dans laquelle les nuscles étaient dans un état plus ou moins grand de tension. D'un autre côté, 'exercice en plein air ne dissipait nullement ces accidents, tandis que le repos dans me position convenable les faisait constamment disparaître.

Nous connaissons donc maintenant trois affections qui ont entre elles des rap-orts incontestables : ce sont la névralgie occipitale ou occipito-trifaciale, la con-estion cérébrale de longue durée et la cervicodynie. Je ne doute pas que le lec-eur, en recherchant attentivement les douleurs de la tête et du cou, aiguës ou hroniques, qui se présenteront à lui, ne découvre des cas de ces diverses espèces. C'est en faisant mes recherches sur les névralgies que j'ai appris, je le répète, à istinguer ces douleurs diverses, dont les nuances sont quelquefois très difficiles à aisir, et qui exigent par conséquent une grande attention de la part du médecin ui veut connaître exactement l'affection qu'il a à traiter.

La *névralgie occipito-frontale* se distingue de la cervicodynie par ses élance-ments, par son siége plus fréquent d'un seul côté, par ses exacerbations, et plus ncore parce que la forte tension de la tête en arrière ne détermine pas de douleurs es muscles du cou, ou que, si cette douleur existe, ce qui a lieu lorsque les autres ameaux du plexus cervical participent à la maladie, elle n'est pas comparable à

(1) Voy. article *congestion cérébrale*.

celle du rhumatisme musculaire. Enfin la douleur à la pression est plus vive dans les points névralgiques, ce qui est un caractère diagnostique général, comme on l'a vu plus haut (1).

La *congestion sanguine* de longue durée a pour signe distinctif l'absence de douleur dans les muscles du cou, ce qui serait déjà suffisant, et, de plus, les battements des artères, le bien-être que procure l'exercice en plein air, etc.

Les signes distinctifs que je viens d'indiquer sont, comme on le voit, assez caractéristiques; mais il faut les avoir bien présents à l'esprit pour éviter l'erreur. Le plus souvent on se prononce d'après la persistance de la douleur de tête et d'après les autres symptômes, tels que les étourdissements, le vague des idées, etc., et de là vient qu'on a généralement des données si peu précises sur les trois affections dont il s'agit.

La *cervicodynie* a des moments d'exacerbation pendant lesquels les malades sont condamnés au repos; elle peut durer plusieurs mois sans entraîner aucun accident grave. Convenablement traitée, elle se termine par la guérison.

Le *traitement* du *torticolis* ne présente rien de particulier. Le repos pendant deux ou trois jours, le soin de maintenir la chaleur autour du cou jour et nuit, suffisent dans presque tous les cas. Si l'affection était plus rebelle, on aurait recours aux moyens ordinaires mentionnés dans le traitement du rhumatisme musculaire en général.

Le traitement de la *cervicodynie* réclame ordinairement des moyens plus énergiques. Les *ventouses scarifiées* plus ou moins répétées, suivant les cas, puis les *vésicatoires volants*, avec ou sans addition de *chlorhydrate de morphine*, m'ont constamment réussi; mais il faut nécessairement que le malade garde le repos pendant le traitement. Les travaux de cabinet sont surtout contraires à cette affection; la tête étant constamment penchée pour écrire, les contractions musculaires incessantes nécessitées par cette position s'opposent au succès du traitement. Sous ce rapport, comme sous tous les autres, la cervicodynie ressemble parfaitement au *lumbago*, maladie qui n'est mieux connue que parce qu'elle est beaucoup plus commune.

4° *Rhumatisme de la région dorsale* (*dorsodynie*).

Le rhumatisme de la région dorsale n'a pas plus été décrit que le précédent; cependant il existe : j'en ai vu des exemples en étudiant la névralgie dorso-intercostale. Si l'on transporte aux muscles de la région dorsale les symptômes décrits en parlant du rhumatisme de la région cervicale, ou cervicodynie, on aura la description de la maladie qui nous occupe. Ici il n'y a plus de tension de la tête, de vague des idées, d'étourdissements; mais le rhumatisme des muscles de la région dorsale s'étend fréquemment aux épaules, aux grands pectoraux, aux grands dorsaux, et presque toutes les parties du tronc deviennent alors douloureuses. La douleur se fait principalement sentir lorsque le malade, par la contraction des muscles, cherche à rapprocher les omoplates.

Ce rhumatisme n'exige pas de moyens particuliers; mais il est quelquefois assez rebelle pour réclamer des moyens actifs et persévérants.

(1) Voy. l'article *Rhumatisme en général* (diagnostic).

5° *Rhumatisme de la région lombaire* (*lumbago*).

Ce rhumatisme, auquel on pourrait donner le nom de *lombodynie* pour plus uniformité, est un des plus fréquents. Il occupe les masses charnues considé- bles de la région lombaire; aussi les douleurs, lorsque le rhumatisme est à l'état gu, sont excessives à cause de la violence des contractions. Lorsque le malade, ant couché, veut se mettre à son séant, cette douleur est très intense; elle l'est us encore lorsqu'il veut s'étendre de nouveau sur son dos : la contraction mus- ulaire pour reporter le tronc en arrière se faisant trop brusquement, la souffrance st excessive; le malade, malgré lui, se retient, ce qui augmente sa souffrance à use des efforts qu'il est obligé de faire, et enfin, vaincu par la douleur, il se laisse mber comme une masse inerte en poussant un gémissement. Il est obligé de gar- er le lit, où il reste toujours dans la même position. Le moindre mouvement est levenu impossible.

C'est lorsque le lumbago a cette intensité qu'on observe quelquefois un léger *nouvement fébrile*, qu'il faut peut-être attribuer autant à l'insomnie et à l'agitation ausée par la douleur qu'à l'affection elle-même.

Le lumbago est une des espèces de rhumatisme musculaire qui se montre le plus réquemment à l'*état chronique*. En pareil cas il ne présente pas de particularité bien importante. On n'a qu'à appliquer à la région lombaire les symptômes locaux décrits dans le rhumatisme musculaire en général, et l'on aura sa description.

Le diagnostic de cette affection offre un certain intérêt; mais il peut être donné en peu de mots. On la distingue des douleurs articulaires des lombes par les signes suivants : Le *rhumatisme articulaire des lombes*, qui est assez rare, se manifeste à la suite d'autres douleurs articulaires; il y a tuméfaction des environs des apophyses épineuses. La pression est très douloureuse sur ce point, où les mouvements déter- minent une douleur telle, que tout mouvement devient impossible.

Un *abcès des lombes* cause de la fièvre et détermine de l'empâtement et de la fluctuation.

La *névralgie lombo-abdominale* a pour caractères des points douloureux, non-seulement vers les apophyses épineuses, mais dans les flancs et vers l'hypogastre, ainsi que des élancements ; les mouvements sont moins douloureux.

Quant à la *méningite spinale*, à l'*anévrysme de l'aorte descendante* corrodant les vertèbres, etc., les différences qu'ils présentent seront exposées en détail dans leur description, à laquelle je renvoie le lecteur (1). J'ajoute que, dans certaines circonstances, il est vrai, le diagnostic est difficile, surtout quand il s'agit du lum- bago chronique, et que les tumeurs attaquant les vertèbres sont en particulier des causes fréquentes d'erreurs de diagnostic à une certaine époque de leur durée; mais que souvent aussi l'erreur peut être imputée au peu de soin avec lequel on dirige l'interrogatoire et à la légèreté avec laquelle on fait l'examen de la partie affectée.

Je n'ai aucun moyen thérapeutique particulier à faire connaître relativement au lumbago. C'est par conséquent au paragraphe consacré au traitement du rhuma- tisme musculaire en général qu'il faut chercher des renseignements à ce sujet.

(1) Voy. ces articles.

6° *Rhumatisme des parois thoraciques* (*pleurodynie*).

J'ai dit dans un autre ouvrage (1), et je dois le répéter ici, parce que chaque jour on trouve de nouvelles preuves de l'exactitude de cette assertion, que très fréquemment on a désigné sous le nom de *pleurodynie*, ou *rhumatisme des parois thoraciques*, de véritables névralgies. M. Gaudet (2), qui nous a donné un mémoire intéressant sur ce sujet, n'a pas pu toujours échapper à l'erreur, parce que, à l'époque où il écrivait, les caractères distinctifs des deux affections n'étaient pas bien connus. On en a la preuve en lisant les deux premières observations du mémoire que je viens de citer.

Les muscles principalement affectés dans la *pleurodynie* sont les pectoraux et les intercostaux.

Cette affection ne présente d'autre particularité que la douleur plus ou moins vive qui occupe les côtés de la poitrine ou les attaches du grand pectoral, dans les grandes inspirations, la toux, l'éternument, en un mot dans tous les mouvements dans lesquels la poitrine se dilate avec rapidité. Lorsque ce rhumatisme est à l'état aigu, et qu'il occupe un grand nombre de muscles de la poitrine, il détermine une très grande anxiété. La douleur très vive ne permettant pas des inspirations complètes, les malades se croient menacés de suffocation à chaque instant; ils sont oppressés, ne savent quelle position prendre. Il en est qui éprouvent une sensation de resserrement très pénible de la poitrine.

Le *diagnostic* différentiel de cette maladie ne doit être porté qu'entre elle, la *pleurésie* et la *névralgie dorso-intercostale.*

Ce n'est qu'au début de la *pleurésie*, alors qu'il n'y a pas encore d'épanchement, ou bien dans les cas très rares de *pleurésie sèche*, qu'on pourrait confondre l'inflammation de la plèvre avec la pleurodynie. Dans toute autre circonstance, l'erreur serait impardonnable avec les moyens d'exploration que nous possédons aujourd'hui.

Il arrive quelquefois que la douleur vive (point de côté) que détermine la pleurésie précède l'épanchement de plusieurs jours. Quelques médecins ont pensé qu'il y avait dans ce cas une pleurodynie qui se terminait par une pleurésie; c'est une erreur. Il est aujourd'hui certain que la douleur, dans ces cas, dépend de l'inflammation de la plèvre, qui n'a pas encore produit d'exsudation assez considérable pour être appréciée par la percussion et par l'auscultation. Le mouvement fébrile, l'intensité du point de côté, son siége limité à un point peu étendu, la toux, mettront sur la voie du diagnostic. Les mêmes signes feront reconnaître la pleurésie sèche, et, de plus, on devra rechercher le bruit de frottement qui se produit en pareil cas.

Quant au diagnostic de la pleurodynie et de la *névralgie intercostale*, je renvoie à l'article consacré à cette dernière affection (3).

Il suffit de jeter un coup d'œil sur ce qui a été écrit au sujet de la pleurodynie, pour s'assurer que son *traitement* ne diffère pas de celui des autres rhumatismes

(1) *Traité des névralgies*, chap. *Névralgie dorso-intercostale*.
(2) *Rech. sur le rhumatisme des parois thoraciques* (*Gazette méd.*, 12 avril 1834).
(3) Voy. article *Névralgie dorso-intercostale*.

usculaires. Seulement la *position* du corps est peut-être plus favorable à l'apaisement des douleurs dans cette affection que dans toute autre. M. Gaudet (1) a été des cas dans lesquels une position convenable, c'est-à-dire celle qui met dans le relâchement les muscles affectés, a toujours amené le plus grand soulagement. Il ajoute qu'une application d'un nombre assez considérable de sangsues ou de ventouses scarifiées fait promptement cesser les accidents d'apparence si graves que j'ai mentionnés plus haut.

7° *Rhumatisme musculaire de l'épaule* (*scapulodynie*).

Le rhumatisme musculaire de l'épaule a pour siége principal le deltoïde; on le trouve aussi dans les muscles qui viennent se fixer à tout le pourtour du scapulum. Ce rhumatisme mérite une attention particulière de la part du médecin. Il est souvent d'une grande violence; il a entraîné quelquefois la paralysie du bras, et enfin c'est celui qui se transforme le plus souvent en véritable névralgie (2). On voit en effet, chez certains sujets, des douleurs vives occuper toutes les masses musculaires de l'épaule, gêner à un point extrême les mouvements, ne pas présenter de point douloureux circonscrit, puis gagner le plexus brachial, se circonscrire dans le nerf circonflexe, dans les points cervicaux, vers l'épitrochlée, etc., engourdir la main, présenter des élancements, etc. Les faits que j'ai recueillis ne laissent aucun doute à cet égard.

Les degrés de la douleur dans la *scapulodynie* varient beaucoup. Tantôt il n'existe qu'un peu de sensibilité, qui se manifeste lorsque le sujet veut élever le bras ou le porter en arrière; tantôt la douleur est si vive, que tous les mouvements sont impossibles et que le malade ne sait quelle position prendre.

Ces derniers cas ressemblent tellement à l'*arthrite* de l'épaule, que l'on a beaucoup de peine à les distinguer. J'ai eu, il y a quelques années, dans mon service à l'Hôtel-Dieu annexe, un malade qui est resté longtemps dans l'hôpital, et chez lequel tout m'a porté à croire qu'il existait un rhumatisme musculaire occupant particulièrement le deltoïde. Les raisons qui m'ont fait porter ce diagnostic étaient qu'il n'y avait pas de roideur bien marquée, et que, à certaines époques, la douleur se dissipait en grande partie, pour reprendre ensuite une nouvelle intensité. Du reste, aucun des autres symptômes de l'arthrite, sans en excepter la fièvre aux époques des exacerbations les plus violentes, ne manquait dans ce cas. Je signale les faits de ce genre à l'attention des médecins. Ils n'ont pas, à beaucoup près, été étudiés d'une manière convenable, et, sans aucun doute, ils méritent de l'être.

Le repos absolu du membre, les émissions sanguines abondantes, la morphine par la méthode endermique, tels sont les moyens de *traitement* les plus utiles quand la douleur est très violente. Dans le cas contraire, quelques ventouses scarifiées, des émollients, des bains, suffisent. C'est assez dire que cette espèce de rhumatisme n'a pas de moyens de traitement qui lui soient propres.

(1) *Loc. cit.*
(2) Voy. *Traité des névralgies*, chap. III, *Névralgie cervico-brachiale*.

8° *Rhumatisme musculaire des membres.*

Nous n'avons rien de bien important à dire sur le rhumatisme musculaire des membres. C'est peut-être celui dans lequel il y a le plus grand contraste entre l'état du malade pendant le repos et pendant la contraction. La contraction des muscles étant très étendue, il en résulte une douleur relativement plus vive, tandis que les membres étant dans un repos absolu lorsque le malade est couché, la douleur disparaît complétement.

La direction de la douleur suivant le trajet connu d'un nerf, la dissémination en points douloureux, les élancements, font distinguer la *névralgie* du rhumatisme musculaire des membres. Quant aux douleurs chez les sujets *courbaturés*, aux douleurs *syphilitiques*, à celles qu'éprouvent les sujets atteints de *colique de plomb*, les symptômes concomitants suffisent pour les faire distinguer de la maladie qui nous occupe.

Le *traitement* de cette espèce ne présente absolument rien qui sorte de la règle générale.

9° *Rhumatisme des parois antérieure et latérale de l'abdomen.*

Ce rhumatisme, signalé d'abord par Chomel, a été ensuite décrit par M. Genest (1), et plus tard par Requin (2).

Le caractère principal de cette affection consiste dans une douleur occupant toute la paroi abdominale antérieure, et se prolongeant quelquefois vers les reins. Cette douleur, qui a les caractères décrits dans l'article *Rhumatisme en général*, acquiert une intensité extrême lorsque les malades veulent s'asseoir. La pression l'augmente aussi beaucoup; mais voici un signe qui m'a été très utile dans des cas fort difficiles, et que plusieurs médecins avaient pris pour des péritonites. Lorsqu'il existe réellement une péritonite, la pression devient de plus en plus vive à mesure que l'on presse, et l'on est bientôt obligé de cesser l'exploration, bien que la pression soit exercée avec toute la paume de la main. Il n'en est pas ainsi lorsqu'il s'agit du rhumatisme abdominal : après la première sensation douloureuse, la pression est bien supportée, et l'on peut ainsi explorer les organes abdominaux. Déjà on avait fait cette remarque, que la douleur à la pression est beaucoup moins vive que la douleur occasionnée par les mouvements; mais on n'avait pas noté cette différence si importante, et qu'on ne saurait trop recommander à l'attention du praticien.

On a dit que dans le rhumatisme abdominal il n'y a ni frissons, ni vomissements, ni autres symptômes généraux remarquables. Le fait est vrai pour la grande majorité des cas; mais il ne s'applique pas à tous. J'ai vu à l'Hôtel-Dieu une femme qui avait eu des frissons, du brisement des membres, des vomissements bilieux, de la diarrhée, et qui présentait une douleur vive de la paroi antérieure du ventre, avec chaleur de la peau, élévation et accélération du pouls, sueur, anorexie, soif, etc. C'est surtout dans les cas de ce genre que le signe différentiel dont je viens de parler

(1) *Gazette méd.*, 1832 : *Recherches sur quelques cas de rhumatisme des parois abdominales qui peuvent être confondus avec la péritonite générale.*

(2) *Éléments de pathologie médicale*. Paris, 1843.

me paraît important; il m'a suffi, en effet, chez cette malade, pour reconnaître le humatisme et éloigner toute idée d'une péritonite.

C'est presque toujours chez des femmes qu'on a observé ce rhumatisme, qu'une u deux applications de sangsues ou de ventouses, les délayants et quelques cal-mants font disparaître avec promptitude.

10° *Rhumatisme interne, ou rhumatisme viscéral.*

Nous n'avons que des données fort insuffisantes sur cette espèce de rhumatisme, ont les variétés sont aussi nombreuses que les organes dans lesquels existe la bre musculaire. On a même prétendu que les organes où le tissu musculaire 'existe pas peuvent être le siége d'un rhumatisme semblable à celui dont nous nous ccupons, et la grande raison qu'on a fait valoir en faveur de cette opinion, c'est ue, dans un certain nombre de cas, la douleur se transporte des muscles vers ces rganes. D'après ce que nous avons dit plus haut, il n'y a là qu'une dispute de nots. Les faits dont je viens de parler ne peuvent être niés, et si nous nous rap-pelons ce qui se passe dans certains rhumatismes que j'ai mentionnés, rien n'est lus facilement explicable. Si, en effet, nous voyons les douleurs musculaires yant au plus haut point le caractère rhumatismal se porter sur un nerf sous orme de névralgie bien évidente, il n'est nullement étonnant que ces mêmes ouleurs se portent sur un viscère; seulement alors il en résulte une de ces iscéralgies que nous décrirons dans un des volumes suivants : une gastralgie, ne entéralgie, etc. On ne comprend bien la manière dont toutes ces diverses ouleurs se comportent que lorsqu'on connaît leur origine commune. Plus nous vons avancé dans l'étude des faits, plus nous nous sommes assuré que toutes es affections, qui ont pour caractère essentiel et presque unique la douleur, et ui n'occasionnent aucune altération des tissus, sont de la même nature, et que le praticien doit tenir grand compte de la différence du siége, qui apporte à maladie tant de modifications importantes, il ne doit pas non plus oublier ette identité de nature, qui lui explique bien des phénomènes autrement inexpli-ables, et qui, dans plusieurs cas, peut être la source d'indications utiles. Quoi u'il en soit, fidèle à la division que nous avons tracée, nous ne devons recon-aître comme rhumatisme que les douleurs nerveuses qui ont pour siége les fibres nusculaires.

a. Rhumatisme de la langue. — Chez les individus qui sont très sujets au rhuma-isme musculaire, il survient parfois une douleur de la langue, qui n'est appré-iable qu'au moment des contractions de cet organe, et qu'on ne peut rapporter u'au rhumatisme musculaire. Chomel en a observé un exemple; j'en ai égale-ment observé un. Le siége de la maladie était d'un seul côté de la langue. Je n'in-siste pas sur cette affection, qui est passagère, qui n'exige aucun moyen de traite-ment, et qui, par conséquent, n'intéresse pas le praticien.

b. Rhumatisme du pharynx et de l'œsophage. — Le rhumatisme du pharynx et le l'œsophage a été maintes fois observé. Le malade ne s'aperçoit nullement de 'existence de la douleur jusqu'au moment où il veut avaler les aliments ; mais lors, et surtout lors de la déglutition des premières bouchées, il se manifeste, oit dans le pharynx, soit dans un point limité de la hauteur de l'œsophage, une

douleur très vive qui cesse en partie lorsque le bol alimentaire a franchi le point affecté, mais qui se renouvelle dès que le malade recommence à manger. Cette douleur peut durer plusieurs jours; elle se dissipe d'elle-même, et d'autant plus promptement, que le malade s'abstient davantage d'aliments solides, ce qui est difficile, la santé étant d'ailleurs parfaite. Il ne faut pas confondre ce rhumatisme avec la douleur qui est produite quelquefois dans l'œsophage par le passage d'un bol alimentaire trop volumineux ou non suffisamment mâché, et qui se dissipe d'un repas à l'autre.

c. Rhumatisme de l'estomac et des intestins. —Nous n'avons que les données les plus insuffisantes sur ce rhumatisme. Je parlerai ailleurs des *viscéralgies ;* mais il s'agit de savoir si les muscles seuls de l'estomac et des intestins peuvent être affectés comme les muscles des lombes, par exemple; or, la réponse à cette question est tout à fait impossible dans l'état actuel de la science. Je dirai seulement que quelquefois on observe des *coliques* d'une médiocre intensité, sans évacuations alvines, ayant lieu dans un point limité de l'abdomen, et qui paraissent résulter de la contraction de quelques fibres intestinales rhumatisées, ou de leur dilatation par le passage de quelques gaz.

On a voulu donner le nom de *rhumatisme de l'estomac et de l'intestin* à des accidents plus ou moins graves survenus dans le cours du rhumatisme articulaire, et même de la goutte; mais il suffit de lire les remarques que je ferai à ce sujet en parlant de la *goutte rétrocédée :* j'y renvoie le lecteur.

d. Rhumatisme du diaphragme. — On a cité des cas dans lesquels des douleurs vives se faisaient sentir au niveau du rebord des fausses côtes, aux attaches du diaphragme, et augmentaient dans les grands efforts d'inspiration. C'est surtout chez les sujets affectés de courbature que se manifestent ces douleurs, qu'il ne faut pas confondre avec les points douloureux de la névralgie dorso-intercostale, et qui exigent quelquefois l'application de quelques sangsues.

e. Rhumatisme de l'utérus. — J'emprunte à un travail de Dezeimeris (1) le résumé suivant des symptômes de cette espèce de rhumatisme, observée et décrite par plusieurs auteurs en Allemagne, et peu connue en France avant ces dernières années. Ce résumé appartient à Wigand : « Le rhumatisme, dit Wigand, affection propre, comme on sait, aux muscles et à leurs gaînes, peut aussi atteindre la fibre contractile de l'utérus, et même s'y présenter sous sa forme la plus aiguë, signalant sa présence, là comme ailleurs, par une douleur dont l'effet est d'enchaîner la contractilité et le mouvement, par l'augmentation de la chaleur, par du gonflement. Résumés en peu de mots, les signes caractéristiques du rhumatisme de l'utérus sont les suivants : Sans qu'aucune violence ait été exercée sur cet organe, il survient un endolorissement général de la matrice, qui ne supporte pas d'être palpée. Cet état est suivi de contractions utérines assez régulières, si ce n'est qu'elles sont accompagnées, non pas seulement vers la fin, comme dans l'état naturel, mais dès leur début ou à leur milieu, d'une vive douleur qui arrête et enchaîne le mouvement; la contraction utérine est douloureuse dès le commencement, lorsque l'organe est affecté de rhumatisme. »

(1) *Mém. sur le rhumatisme de l'utérus dans la grossesse et dans l'accouchement* (journal *l'Expérience*, 1839).

J'ai cité ce passage, quoiqu'il s'agisse d'un accident qui se montre pendant la grossesse et l'accouchement, parce que ces faits ne sont pas suffisamment connus, et méritent de l'être.

Je ne pousserai pas plus loin la description de ces variétés de rhumatisme musculaire, qui, comme on le voit, n'ont pas une importance bien grande, et pour lesquels la description du rhumatisme musculaire en général est suffisante.

DE QUELQUES DOULEURS PARTICULIÈRES DES MUSCLES.

Il est quelques douleurs particulières qu'on ne peut pas regarder absolument comme des rhumatismes, mais qui tiennent au rhumatisme en ce que, suivant la remarque que j'ai faite, dans bon nombre de cas soumis à mon observation, elles se manifestent principalement chez des individus sujets à cette maladie. La première de ces douleurs a reçu le nom de *tour de reins*, et, comme on a émis au sujet de cette affection des opinions diverses, c'est sur elle que j'insisterai principalement.

1° TOUR DE REINS.

La plupart des auteurs, avant ces derniers temps, regardaient le tour de reins comme une variété du *lumbago*. Quelques auteurs récents ont attribué la douleur vive qu'éprouvent les sujets qui en sont atteints à une rupture de quelques fibrilles des muscles sacro-lombaires. Je ne crois pas qu'aucune de ces opinions doive être adoptée, quoique la première se rapproche plus de la vérité. J'ai observé maintes fois le tour de reins, et je n'ai jamais rien vu qui ressemblât à la rupture des fibres musculaires ou aponévrotiques; d'un autre côté, comme on le verra plus bas, des douleurs semblables peuvent se montrer dans les membres et dans les parties du tronc autres que les lombes, sans qu'il y ait eu un effort assez considérable pour qu'on puisse supposer que des fibres musculaires ont été rompues : ces raisons me paraissent suffisantes pour faire rejeter l'opinion qui attribue le tour de reins à la rupture des fibres musculaires ou aponévrotiques.

Mais est-ce un rhumatisme, un lumbago? C'est ce qu'on ne peut admettre dans le sens absolu du mot, parce que la contraction violente du muscle suffit pour produire la douleur, et que le nom de rhumatisme implique l'idée d'une autre cause qu'une simple violence extérieure. Toutefois, je le répète, il y a cela de remarquable, que cette douleur se produit presque toujours chez des sujets qui ont éprouvé plus ou moins fréquemment des atteintes de rhumatisme musculaire. Quand on regarde, ainsi que nous l'avons fait, ce rhumatisme comme une névralgie ayant son siége dans les muscles, ce que l'affection a de singulier au premier abord disparaît bientôt. Nous savons, en effet, que, dans un certain nombre de cas, la névralgie peut se produire brusquement; pourquoi n'en serait-il pas de même du rhumatisme musculaire, qui est de la même nature?

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Il résulte de ce que je viens de dire que le tour de reins n'est autre chose que le résultat d'une contraction violente de la masse musculaire des lombes, chez des

sujets ordinairement prédisposés, résultat qui consiste en une douleur très vive et survenue brusquement.

Cette affection a été décrite sous le nom de *lumbago, lumbago aigu*. Elle est assez fréquente; on l'observe principalement dans les hôpitaux, où se trouvent les sujets qui font le plus fréquemment des efforts pour soulever des fardeaux, etc.

§ II. — Causes.

Comme je viens de le dire, c'est surtout en soulevant un fardeau qu'on se trouve le plus souvent saisi par la douleur dont nous nous occupons. Il en résulte que ceux qui y sont le plus sujets sont les rouliers, les camionneurs, ceux, en un mot, qui exercent des professions dans lesquelles il faut se baisser pour saisir à terre un objet très lourd et l'enlever avec effort. C'est au moment même où les muscles de la partie postérieure du tronc entrent vivement en contraction pour enlever le fardeau de terre, que la douleur se déclare et arrête le mouvement commencé. Cependant il suffit quelquefois d'un redressement brusque du tronc, d'un mouvement rapide de torsion, pour produire le même effet, et on le conçoit bien, puisque la seule condition qui soit nécessaire pour la production de la maladie est une contraction très rapide et généralement très puissante du muscle affecté. Je dis généralement, parce qu'il y a encore ici une restriction à faire. Il n'est pas très rare, en effet, de voir des individus être saisis brusquement d'une douleur lombaire des plus vives, dans un mouvement peu violent. Cet effet a lieu principalement chez les sujets très exposés au rhumatisme musculaire.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes sont très simples. La douleur est des plus vives. Elle ne se manifeste guère que dans le mouvement; mais alors elle est telle que le malade ne peut absolument pas se retourner dans son lit, et que, s'il veut chercher à se mettre sur son séant, à peine a-t-il commencé la contraction nécessaire pour cela, qu'il s'arrête et retombe. Le décubitus sur le dos est presque toujours forcé.

La douleur à la pression n'est nullement en rapport avec celle que produisent les moindres mouvements.

Du reste, il n'y a ni fièvre ni perte de l'appétit, aucun symptôme général qu'on puisse rapporter à l'affection qui nous occupe.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La maladie survient brusquement; elle acquiert immédiatement son summum d'intensité; puis, soit simplement sous l'influence du repos, soit sous celle d'un traitement approprié, elle va diminuant. Sa durée n'est que de quatre ou cinq jours dans les cas ordinaires, ce qui s'accorde peu avec l'opinion qui attribue la maladie à la rupture de quelques fibres musculaires ou aponévrotiques. Elle se termine toujours par la guérison.

§ V. — Lésions anatomiques.

Suivant la manière de voir que j'ai adoptée, il n'y a pas plus de *lésions anatomiques* appartenant à la maladie qui nous occupe qu'au rhumatisme musculaire.

ns l'opinion opposée que j'ai mentionnée plusieurs fois, quelques fibres aponévrotiques ou musculaires seraient rompues, d'où un certain désordre dans le tissu llulaire environnant. L'existence de cette lésion n'est, je le répète, nullement rouvée.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

La cause occasionnelle qui a produit cette affection est telle, qu'il suffit de la onnaître pour faire porter un diagnostic certain, et d'ailleurs la douleur est si violente pendant les contractions musculaires, qu'on ne peut lui en comparer aucune utre dans cette région.

Pronostic. — Le pronostic n'a rien de grave. Au bout de peu de jours, la douleur se dissipe sans laisser de traces.

§ VIII. — Traitement.

Le traitement de cette affection est des plus simples. Les médecins qui croient que la maladie résulte de la rupture de quelques fibres musculaires ou aponévrotiques conseillent uniquement de laisser les malades dans le *repos absolu*, de leur épargner les moindres mouvements, et il est certain que, de cette manière, la maladie se dissipe d'elle-même au bout de quelques jours. Mais de ce qui s'est passé dans les cas soumis à mon observation, je crois pouvoir conclure que l'application de vingt ou vingt-cinq sangsues, ou de huit ou dix ventouses scarifiées sur le point douloureux, des *cataplasmes émollients* sur les lombes, une petite quantité d'*opium* en pilules ou en potion, calment bien plus promptement la douleur et abrégent la durée de la maladie. Il n'est pas rare de voir des sujets qui, la veille, pouvaient à peine faire un léger mouvement, se mettre d'eux-mêmes sur leur séant, et ne se plaindre que d'une très faible douleur, le lendemain de l'application des sangsues ou des ventouses. M. Louis a obtenu, par les mêmes moyens, les mêmes résultats, ainsi qu'il l'a maintes fois mentionné dans ses *Leçons cliniques*.

2° DOULEURS RÉSULTANT DE CONTRACTIONS BRUSQUES DANS D'AUTRES PARTIES DU CORPS.

En étudiant les douleurs qu'on peut confondre avec les névralgies, j'ai vu des cas remarquables dans lesquels une simple contraction brusque, même sans être très violente, produisait dans les muscles une douleur vive et persistante. Tout le monde sait que, dans l'action de lancer une pierre, la contraction brusque des muscles du bras peut causer une douleur vers la partie moyenne du membre; mais, généralement, cette douleur est légère, à peine appréciable, à moins que le même mouvement n'ait été répété un grand nombre de fois, tandis que, chez quelques sujets, elle est parfois extrêmement vive, et telle que les mouvements du membre se trouvent ensuite très gênés. Dans un cas, j'ai vu un simple mouvement d'extension du bras pour ramasser un objet par terre, causer dans l'épaule une douleur qui força le bras à une immobilité presque absolue pendant plusieurs jours.

Chez quelques sujets aussi, l'action de descendre un grand nombre de marches peut produire le même effet. Une douleur très vive se fait sentir au milieu et à la partie antérieure de la cuisse, et elle est quelquefois tellement forte, qu'ils sont

obligés de s'asseoir, et qu'ils ne peuvent ensuite continuer de descendre qu'en hésitant. La même douleur est quelquefois produite par l'action de sauter, de monter rapidement, etc. J'ai pu observer un sujet âgé de plus de cinquante ans qui, fréquemment en marchant, sans faire aucun effort, était brusquement arrêté par une douleur vive des muscles de la cuisse, douleur qui persistait le jour suivant, quoiqu'à un moindre degré, et gênait la marche.

Enfin, on sait que la douleur qui succède aux *crampes* un peu violentes peut persister avec une assez grande vivacité pendant un ou plusieurs jours.

Ces faits sont évidemment de la même nature que ceux qu'on a décrits sous le nom de *tour de reins*. Or, en pareil cas, les contractions sont quelquefois si faibles, qu'on ne peut croire à l'existence d'une rupture de fibres, et, par conséquent, ces faits viennent à l'appui de l'opinion que j'ai émise plus haut.

Je n'entrerai pas dans de plus grands détails à ce sujet. Ce que je viens de dire prouve qu'il ne serait pas sans intérêt d'étudier mieux qu'on ne l'a fait jusqu'à présent les diverses douleurs musculaires. On arriverait, sans aucun doute, à des résultats importants.

Je me contenterai d'ajouter que le repos et les frictions avec l'alcool camphré suffisent pour faire disparaître ces douleurs. Il est bien rare, du moins, qu'on soit obligé d'avoir recours aux moyens indiqués plus haut.

ARTICLE IV.

GOUTTE.

Plusieurs auteurs récents, à la tête desquels se place Chomel, ont avancé que la distinction qu'on avait établie, avant eux, entre le rhumatisme articulaire et la goutte était mal fondée, et que les deux affections sont identiques. Après avoir examiné les faits et pesé les raisons qui ont fait regarder ces deux affections comme identiques, je pense que cette opinion ne saurait prévaloir quand il s'agit de pathologie spéciale, et je crois devoir donner de la goutte une description particulière.

§ I. — Historique.

Des travaux importants ont été publiés sur la goutte, mais la plupart de ces travaux sont d'une date assez ancienne. Depuis le commencement de ce siècle, on a généralement négligé toute la partie pathologique de la goutte, pour ne s'occuper que de la partie thérapeutique. Dans les deux derniers siècles, au contraire, on a beaucoup étudié cette affection, qui était déjà connue dès la plus haute antiquité, puisque Hippocrate en parle fréquemment dans ses ouvrages. Galien, Arétée, Cælius Aurelianus, lui ont consacré une partie de leurs traités, et ces auteurs ont distingué la goutte du rhumatisme. Mais c'est à Sydenham qu'il faut arriver pour avoir une description complète et satisfaisante de la maladie (1). Le *Traité de la goutte*, adressé en 1683 à Thomas Short, a passé jusqu'à nos jours pour la meilleure monographie de cette affection, et dans tous les auteurs qui sont venus après on en trouve des traces. Je citerai, après ce travail, la dissertation de Musgrave (2),

(1) *De podagra et hydrope* (*Opera omnia*, Genève, 1757, t. I, p. 300 et suiv.).
(2) *De arthrit. symptomatica*, soutenue en 1702.

dans laquelle il y a beaucoup de confusion; les travaux de Stahl, de F. Hoffmann, de Barthez, etc. Dans ces trente dernières années, nous avons le traité de Guilbert (1), celui de Scudamore (2), celui de M. W. Gairdner (3); puis un assez grand nombre de dissertations, dans lesquelles il est surtout question du traitement, et dont je ferai mention dans le cours de cet article; des mémoires sur certaines médications (4), et enfin l'ouvrage de Chomel et Requin, qui malheureusement ne peut pas nous être aussi utile que nous aurions pu l'espérer, parce que ces auteurs n'ont pas tracé une description particulière de la goutte.

§ II. — Définition, synonymie, fréquence.

Quoique j'aie établi que les différences qui existent entre le rhumatisme articulaire et la goutte sont évidentes, je n'en reconnais pas moins qu'une définition très explicite de la maladie présente quelque difficulté. Mais nous avons déjà vu un assez grand nombre d'affections qui, sans cesser d'être distinctes, sont dans le même cas, en sorte que cette difficulté ne doit pas nous arrêter. Je me bornerai à définir la goutte par ses principaux caractères. C'est une maladie remarquable par sa rémittence, par ses attaques, ayant souvent une physionomie toute particulière, par des symptômes locaux plus ou moins intenses, qui affectent ordinairement les petites articulations, et surtout celles des doigts des pieds; enfin par la déformation des articulations, due principalement à un dépôt de matière concrète, à laquelle on a donné le nom de *tophus*. J'ajoute que, dans la très grande majorité des cas, la goutte reste fixe pendant toute une attaque dans les jointures primitivement envahies, ce qui n'est pas un caractère différentiel qu'il faille négliger.

Je n'exposerai pas ici les *divisions* proposées pour la description de la goutte. Elles sont très nombreuses, et pour la plupart elles ne sont fondées que sur des circonstances secondaires, telles que la plus ou moins grande fixité et la plus ou moins grande violence des symptômes locaux, la manière dont se succèdent les accès, etc. Avec les auteurs qui ont le mieux étudié cette affection (Cullen, Scudamore, etc.), nous devons nous contenter de distinguer la goutte en *aiguë* et en *chronique*, de dire un mot des symptômes qu'on observe parfois du côté des organes internes, et de signaler quelques complications. Du reste, dans le cours de cet article, je trouverai l'occasion de mentionner les principales espèces admises par les auteurs.

On a décrit la goutte sous les noms de *podagra*, *chiragra*, *ischiagra*, suivant les articulations affectées; on l'a aussi désignée sous ceux de *morbus dominorum* et *dominus morborum*, qui expriment la prédilection de la maladie pour les classes élevées; plusieurs auteurs lui ont imposé la dénomination de *febris arthritica*, *febris podagrica*, qui ne s'applique pas à tous les cas sans exception; enfin on s'est contenté de la décrire sous les noms d'*arthritis*, *morbus articularis*, etc. En France, elle est généralement connue sous le nom de *goutte*, qui exprime l'idée

(1) *De la goutte et des maladies goutteuses*. Paris, 1820.
(2) London, 1816.
(3) *On gout*, 2ᵉ édit. London, 1851.
(4) *Sur les eaux de Vichy*, par MM. Petit et Patissier.

qu'on s'est faite, avant notre époque, de la nature de la maladie, et des noms correspondants lui ont été donnés chez les autres peuples de l'Europe.

La goutte n'est pas une maladie rare, mais on ne peut pas non plus la considérer comme une affection fréquente dans nos climats. Nous allons voir quels sont ceux où elle se développe de préférence.

§ III. — Causes.

On a recherché attentivement les causes qui peuvent prédisposer à la goutte, et il n'en pouvait être autrement, puisque l'on n'a pu assigner à cette affection de causes occasionnelles bien évidentes; mais les recherches n'ayant pas été faites avec la méthode indispensable, les faits n'ayant pas été rassemblés en assez grand nombre et recueillis avec assez de détails, on a pu se faire des opinions plus ou moins probables, mais non incontestables. Voici ce qui est généralement admis.

1° Causes prédisposantes.

Age. — C'est un fait connu dès la plus haute antiquité, que le jeune âge n'est pas sujet à la goutte. Sydenham, qui avait observé beaucoup de goutteux, n'avait pas trouvé parmi eux un seul enfant. Ce fait mérite d'être remarqué. Le rhumatisme, en effet, bien que moins fréquent dans l'enfance que dans l'âge adulte, ne laisse pas de se montrer assez souvent avant l'âge de la puberté. En outre, on peut dire que, même chez les adultes, la goutte se montre à un âge généralement plus avancé que le rhumatisme articulaire. Il y a sans doute des exceptions à cette règle, mais presque toujours ces exceptions s'expliquent par certaines circonstances qui seront mentionnées plus loin. D'un autre côté, il n'est pas fréquent de voir la goutte se manifester pour la première fois à un âge avancé, après soixante ans, par exemple. Sydenham a remarqué que, lorsqu'il en est ainsi, la maladie a en général moins d'intensité.

Sexe. — Tous les auteurs s'accordent à dire que les hommes sont plus sujets à la goutte que les femmes; quant aux détails dans lesquels on a voulu entrer sur ce point, ils n'ont aucune importance, et nous devons nous contenter de cette proposition générale.

Aliments, boissons. — Il est également reconnu qu'une *alimentation riche, abondante*, et principalement composée de matières animales, est une des causes prédisposantes les plus puissantes de la maladie qui nous occupe. C'est, en effet, dans la classe riche que se manifeste presque exclusivement la goutte, qu'on ne voit presque jamais dans les hôpitaux.

L'usage peu modéré des *boissons alcooliques* doit être rangé sur la même ligne.

Quant à l'action particulière de certaines boissons, elle est beaucoup moins bien démontrée.

La *vie sédentaire* vient s'ajouter à ces causes, qui se trouvent toutes chez les individus de la condition qui vient d'être mentionnée, et auxquelles il faut joindre encore les *plaisirs vénériens prématurés* et leur *abus* dans la suite.

Je ne ferai que mentionner l'*abus des acides*, parce que son action n'est pas démontrée.

Saisons, climats. — C'est principalement au printemps et en automne que se pro-

lisent les attaques de goutte, suivant l'observation générale. Il serait bon, néanmoins, que l'influence des saisons fût mieux précisée. Quant aux climats, nous vons que les climats très chauds, ainsi que les climats très froids, sont les moins vorables au développement de la goutte, et l'on a toujours cité la Hollande et Angleterre comme des pays où cette affection se montre avec une grande fréquence. Il faudrait néanmoins une étude plus approfondie que celle à laquelle on est livré jusqu'à présent pour savoir positivement quelle est l'influence réelle du imat. La question est, en effet, complexe. La nourriture est très différente chez s diverses nations; il en est de même des habitudes; or, ce sont là des causes dont ersonne ne nie l'existence. Quelle est leur part respective? C'est ce qu'il est difcile de dire.

Constitution, tempérament. — On observe fréquemment la goutte chez des sujets anguins et chargés d'embonpoint; mais est-ce là une constitution primitive et non a conséquence du genre de vie des sujets? C'est ce qu'on n'a pas recherché suffiamment. On a remarqué aussi que cette affection atteint principalement des sujets grands, et dont les cavités splanchniques sont bien développées.

Hérédité. — Reste l'hérédité que tout le monde a reconnue, et qui ne peut être iée. Mais quel est son degré d'influence? Voilà encore ce qu'il nous est impossible le préciser. Disons toutefois qu'il est bien peu de maladies où cette cause paraisse voir une plus grande action (1).

2° Causes occasionnelles.

J'ai déjà dit plus haut qu'on n'a pas pu découvrir de cause occasionnelle évilente. Je n'ai donc qu'une mention à faire de quelques circonstances particulières. On a parlé de l'*action du froid*. Nous avons dit plus haut ce que l'on sait de l'inluence des climats et des saisons; quant à l'action directe du froid sur le corps ou ur une de ses parties, nous ne connaissons rien de positif. On a expliqué la goutte par l'arrêt de la transpiration; mais ce n'est là qu'une explication. Même incertiude relativement à la *suppression de la sueur des pieds.*

Suivant M. Garrod (2), la goutte est due à une *suspension momentanée ou permanente de l'excrétion de l'acide urique, séparé du sang par les reins*, dans l'état normal; une formation exagérée de cet acide favorise le développement de cette maladie; les prodromes et les phénomènes de l'accès dépendent de l'excès de cet acide dans le sang, et, par suite, le rhumatisme articulaire aigu n'a d'autres rapports avec la goutte que le siége qu'il occupe.

§ IV. — Symptômes.

Pour la description des symptômes, il faut nécessairement diviser l'affection en aiguë et en chronique.

1° *Goutte aiguë.* — La goutte, à l'état aigu, ne se présente pas avec des caractères identiques dans tous les cas; pour mettre de l'ordre dans la description, je passerai d'abord en revue les divers symptômes, puis je ferai le tableau d'un accès le goutte complet.

(1) Voy. P. Lucas, *Traité physiologique de l'hérédité*. Paris, 1850, t. II.
(2) *London medical Gazette*, février 1848.

La *douleur* est le principal symptôme de la goutte aiguë. Comme les autres symptômes locaux, elle occupe bien plus fréquemment les pieds que toute autre partie du corps. Scudamore a fait, pour étudier le siége ordinaire de ces symptômes, un relevé d'un assez grand nombre d'observations qu'il importe de mentionner ici. Cet auteur a constaté que sur 138 cas, les premières attaques de goutte ont affecté 130 fois un des deux gros orteils. Les deux orteils n'ont été affectés ensemble que 10 fois. Viennent ensuite le cou-de-pied et les articulations des autres membres pour un petit nombre de cas. Il est donc positif qu'un des deux gros orteils est primitivement le *siége* de prédilection de la douleur ainsi que des autres symptômes locaux. Plus tard la goutte peut affecter d'autres articulations, passer d'un orteil à l'autre, attaquer les mains; mais le point d'abord affecté reste presque toujours douloureux, et il est assez ordinaire de voir la goutte rester fixée aux pieds, caractère important qu'on ne retrouve pas dans le rhumatisme. .

Les caractères de la douleur varient suivant les sujets. Cependant on peut dire qu'en général elle est aiguë, dilacérante. Chez quelques malades elle est pongitive; quelques-uns la comparent à la dislocation de l'article, d'autres à une brûlure, à une cuisson insupportable; elle a des moments d'exacerbation qui causent de vives angoisses. Parfois c'est une violente tension avec la sensation d'un fer rouge par instants. Enfin Sydenham a vu un certain nombre de cas dans lesquels il y avait la sensation d'une eau froide coulant dans la jointure. Telle est la *douleur spontanée.*

La *douleur provoquée* n'est pas moins vive : les malades ne peuvent pas supporter le poids des couvertures. Un mouvement imprimé à l'articulation suffit pour causer une vive souffrance, et la pression la plus légère est insupportable.

Cette douleur, qui se manifeste d'abord la nuit, a aussi pour caractère d'augmenter beaucoup pendant toute la durée de la nuit et de se calmer pendant le jour.

Les réveils en sursaut, fréquents dans les fortes attaques, sont accompagnés de vives douleurs dans les articulations affectées, résultant de secousses violentes.

Lorsque la douleur est très vive, il y a dans la partie malade un sentiment de *pulsation* manifeste.

Des douleurs qui sont sous la dépendance de celle qui vient d'être décrite se produisent aussi chez un grand nombre de sujets avec une grande vivacité et à des intervalles plus ou moins rapprochés : ce sont les *crampes.* D'après le relevé de Scudamore, elles ont lieu dans les trois quarts des cas; elles se montrent le plus souvent dans les jambes, les cuisses, les orteils et les doigts; mais il n'est pas rare de les observer dans les muscles de l'abdomen, de la poitrine, et même du pharynx. Elles se manifestent ordinairement pendant un mouvement du malade; mais on les voit aussi se produire dans le repos le plus parfait.

Le *gonflement* ne tarde pas à se joindre à la douleur; il est irrégulier et a les caractères de l'empâtement. Il est variable dans les divers cas : tantôt considérable et s'étendant notablement au delà des limites de l'articulation; tantôt, au contraire, peu remarquable.

La *rougeur* est en général en rapport avec le gonflement et l'intensité de la douleur. C'est une rougeur sombre et diffuse, dont les limites sont difficiles à tracer dans les cas où la douleur est vive. Dans le cas contraire il n'y a qu'une légère teinte violacée.

La *chaleur* est également en rapport avec l'intensité de la douleur et le degré du gonflement. Scudamore, qui a fait sur ce point des recherches intéressantes, a constaté qu'au niveau des articulations malades la chaleur de la peau est réellement augmentée. Il a trouvé, en effet, un ou deux degrés de différence entre ces parties et les autres parties du corps; mais, ainsi que le fait remarquer cet auteur, la sensation de chaleur éprouvée par le malade est beaucoup plus considérable que l'augmentation réelle de la température.

Sydenham, et après lui la plupart des auteurs, ont noté la dilatation des *veines* qui survient autour des articulations malades après une certaine durée de la goutte. Un grand nombre de ces vaisseaux deviennent apparents et forment des cordons tortueux autour de l'articulation malade.

Un autre phénomène très remarquable, mais qui ne survient qu'à la fin des accès, est la *sueur* plus ou moins abondante, et généralement un peu visqueuse, qui couvre l'articulation. On a voulu assigner à cette sueur quelques caractères particuliers, comme une odeur pénétrante, etc.; mais la plupart des médecins n'ont pas constaté ce fait.

A la fin des accès également, il n'est pas rare de voir survenir une *démangeaison* très vive, suivie d'une *desquamation* particulière dont la matière a été comparée à du son par Sydenham.

Enfin Scudamore a vu du *sang extravasé* sous la peau dans quelques cas; mais ces cas sont fort rares.

Tels sont les symptômes locaux de la goutte. Je n'ai pas parlé de la *déformation des articulations* ni des *concrétions tophacées*, parce que nous trouverons ces lésions dans la description de la goutte chronique, dont elles sont particulièrement la conséquence.

Les *symptômes généraux* sont nombreux et considérables. L'*appétit* se perd ou diminue notablement; la *langue* est blanche et pâteuse; il y a de la *soif;* l'*épigastre* est ordinairement tendu, sonore, rempli de gaz; on observe des nausées, des rapports acides. Il y a de la *constipation;* les *urines* sont peu abondantes, fortement colorées, sédimenteuses. On a signalé la coïncidence de la *gravelle* et de la goutte (1).

Il y a de l'*insomnie*, et, dans les paroxysmes, si le malade parvient à s'assoupir, il a un sommeil agité et ne tarde pas à se réveiller en sursaut. Enfin le *pouls* est élevé, fréquent; la *chaleur* générale est augmentée, et il y a une sensation de brisement, de contusion dans les membres.

Voyons maintenant comment ces symptômes se groupent ou se succèdent pour former une attaque de goutte.

2° *Attaque de goutte.* — Dans un certain nombre de cas qui n'a pas été suffisamment déterminé, et qui, suivant quelques auteurs, serait le plus considérable, tandis que, suivant d'autres, il n'en est pas ainsi, l'attaque est précédée, pendant un ou plusieurs jours, de *prodromes* manifestes. Ces prodromes consistent dans l'anorexie, la tension épigastrique, les flatuosités, un malaise général, des fourmillements, des démangeaisons dans les membres, des crampes, un refroidissement incommode des extrémités, un sommeil léger et fréquemment interrompu, et enfin,

(1) Voy. article *Gravelle*.

ainsi que l'a constaté Baglivi, la turgescence des veines voisines de l'articulation malade. Dans un petit nombre de cas, on a noté, au contraire, un bien-être inaccoutumé, une augmentation de l'appétit, la tendance aux plaisirs vénériens; mais ces cas doivent être considérés comme exceptionnels.

Enfin, chez un bon nombre de sujets, rien ne peut faire prévoir l'invasion de la goutte; ils se couchent très bien portants, et sont réveillés la nuit par le premier symptôme de l'accès : la douleur.

La *douleur* se manifeste presque toujours vers le milieu de la nuit, et éveille le malade en sursaut. Quelquefois elle s'accompagne d'un *frisson* qui ne tarde pas à se dissiper. Cette douleur n'acquiert pas immédiatement toute son intensité; elle va en augmentant jusqu'au jour, puis reste à peu près stationnaire, sauf des exacerbations passagères jusqu'à la fin du jour, éprouve ensuite une exacerbation marquée, et se dissipe en très grande partie vers le matin suivant, de sorte que l'accès a duré environ l'espace d'un jour et d'une nuit, pendant lesquels les symptômes généraux précédemment décrits se montrent avec une grande intensité.

Le sommeil devient alors plus calme, la transpiration s'établit, et, au réveil, le malade se trouve très soulagé. Cependant la tuméfaction et la dilatation des veines se sont manifestées.

Les jours suivants, il survient, vers le soir, un *paroxysme* caractérisé par des symptômes semblables à ceux qui constituent le premier accès, mais de moins longue durée. Les journées sont plus tranquilles, sans que néanmoins les douleurs soient dissipées. Pendant tout ce temps, la douleur provoquée ne cesse pas d'être vive.

Ces *accès quotidiens*, dont la durée est variable suivant les cas, se reproduisent ainsi pendant un espace de temps qui varie de deux septénaires à un et même deux mois, et vont ordinairement en diminuant depuis le premier jusqu'au dernier. Ils constituent l'attaque de goutte. Lorsque l'attaque touche à sa fin, ou lorsque déjà les attaques deviennent moins violentes et que la maladie tend à passer à l'état chronique, les accès sont moins réguliers, ne reviennent pas tous les jours et sont plus longs. On a noté que plus le sujet est jeune et robuste, plus l'attaque est de courte durée. Chez les vieillards affaiblis par d'autres maladies, l'attaque peut durer plus de deux mois.

Après les premières attaques, tout rentre dans l'ordre; les symptômes locaux disparaissent complétement et la santé générale redevient excellente. Il n'en est pas de même lorsqu'il y a eu un nombre considérable d'attaques; mais alors on peut considérer la goutte comme passée à l'état chronique, et j'indiquerai l'état des malades lorsque je décrirai la *goutte chronique*.

Dans cette description, j'ai eu en vue les cas dans lesquels les symptômes locaux restent fixes dans une articulation, ce qui a lieu le plus fréquemment dans les premières attaques; mais il n'est pas très rare de voir, dans le courant de l'attaque, d'autres articulations se prendre. Il est cependant peu ordinaire de voir la goutte envahir d'autres points que les orteils des deux pieds. Il arrive quelquefois qu'en envahissant une nouvelle articulation, la goutte quitte la première affectée; mais ces cas sont fort rares, et cette exception à la règle n'a pas la valeur qu'ont voulu lui attribuer les auteurs qui pensent que la goutte et le rhumatisme articulaire sont

les maladies identiques. L'envahissement d'une nouvelle articulation est marqué par une recrudescence des symptômes généraux.

Chez quelques sujets, les symptômes locaux se manifestent primitivement non aux pieds, mais aux doigts de la main, et même dans quelques autres points. Sydenham donnait à cette variété le nom de *goutte irrégulière*.

Lorsque les symptômes locaux sont intenses et la fièvre vive, la goutte est désignée sous le nom de *goutte inflammatoire* ou *goutte chaude;* dans les cas, au contraire, où, comme je l'ai dit plus haut, les symptômes locaux sont faibles et où il y a peu de fièvre, on donne à l'affection le nom de *goutte froide* ou de *goutte œdémateuse*, parce que le gonflement et l'empâtement ne sont accompagnés ni de chaleur, ni de rougeur, ni même de douleur vive. Mais c'est assez insister sur des variétés qui ne sont fondées que sur des nuances, et que j'ai suffisamment fait connaître dans la description précédente.

L'attaque ne se présente pas toujours telle que je viens de la décrire. Il y a une variation qu'il était facile de supposer dans les différents symptômes et dans leur durée, suivant les cas. Ainsi, chez certains sujets, les exacerbations sont moins marquées; chez d'autres, elles sont moins régulières, reviennent à des intervalles un peu plus ou un peu moins grands, durent moins longtemps. Les symptômes généraux diffèrent aussi notablement d'intensité chez les différents sujets. Ils sont très considérables et se produisent tous ensemble chez quelques-uns, tandis que chez d'autres ils sont faibles et peu nombreux. Ce que l'on peut dire de plus général, c'est qu'ils sont en rapport avec la violence de la douleur et l'intensité du mouvement fébrile.

Tant que la goutte se manifeste ainsi par des attaques bien caractérisées qui laissent ensuite le malade dans un état de santé satisfaisant, on peut la regarder comme une goutte aiguë. Mais ces attaques, ainsi que je le rappellerai en parlant de la *marche de la maladie*, vont en se rapprochant de plus en plus; il reste à leur suite des désordres locaux; souvent la santé ne se rétablit qu'incomplétement dans leurs intervalles. La goutte est alors passée à l'état chronique, et cet état mérite une description particulière.

3° *Goutte chronique.* — Il est très rare que la goutte chronique soit *primitive*. Néanmoins on a cité des exemples incontestables de cette espèce, dont Scudamore, et après lui Landré-Beauvais (1), ont mis l'existence hors de doute. Presque toujours elle n'est que la conséquence de la goutte aiguë, dont elle doit être considérée comme une continuation, plutôt que d'être regardée comme une maladie distincte.

C'est surtout la goutte chronique qui a reçu le nom de *goutte irrégulière*, parce que les attaques n'y sont plus distinctes comme dans la goutte aiguë, et qu'on n'y remarque que des exacerbations survenant à des intervalles très variables. On l'a désignée encore sous le nom de *goutte invétérée*, qui ne se rapporte qu'aux cas, extrêmement nombreux, il est vrai, dans lequels la goutte chronique a succédé à la goutte aiguë. J'indiquerai plus loin les principales variétés; qu'il me suffise ici de signaler une distinction plus importante que les autres. Dans un bon nombre de cas, la goutte chronique reste fixée dans une articulation, ou du moins dans un

(1) *Existe-t-il une goutte asthénique primitive?* thèse. Paris, 1810.

petit nombre de jointures où les altérations sont permanentes et vont sans cesse en augmentant, si la maladie n'est pas ralentie dans sa marche. Dans quelques-uns, au contraire, un plus grand nombre de jointures sont généralement affectées, et non en même temps : ainsi, tantôt le malade souffre des orteils d'un pied, tantôt de ceux du côté opposé, tantôt des mains, etc. Dans ce dernier cas, la maladie, ne se reproduisant pas aussi souvent dans les articulations affectées, n'y laisse ordinairement pas de traces aussi profondes. A la première on a donné le nom de *goutte chronique fixe ;* à la seconde celui de *goutte chronique mobile, vague, anormale,* ou encore celui d'*irrégulière*, car on a trouvé l'irrégularité aussi bien dans la mobilité des symptômes locaux que dans leur siége et dans d'autres circonstances accessoires.

La *douleur* n'est jamais aussi grande dans la goutte chronique que dans la goutte aiguë, bien qu'à des intervalles variés elle reprenne un certain degré d'intensité; mais elle est beaucoup plus continue ; de telle sorte qu'il est très rare qu'elle se dissipe complétement ; que, dans les cas où il en est ainsi, cette amélioration ne dure pas longtemps, et que toujours il reste une gêne assez grande des articulations malades, conséquence nécessaire des altérations dont je parlerai plus loin.

Le *siége* de cette douleur est ordinairement le même qu'elle occupait dans les attaques de goutte aiguë. Il n'est pas rare de voir la goutte, en devenant chronique, affecter de nouvelles articulations sans cesser d'occuper les anciennes : ainsi envahir les mains, les coudes et les genoux, et, des petites articulations, son siége habituel, passer aux grandes, qu'affecte particulièrement le rhumatisme. Ceux qui pensent que la goutte et le rhumatisme articulaire sont des affections identiques se sont appuyés sur les faits de ce genre qui présentent, en effet, de grands rapports avec cette dernière affection.

Dans quelques cas, la douleur se porte d'un endroit à l'autre sans rester fixe dans aucun. C'est surtout dans les cas où la maladie s'est déclarée à l'état chronique qu'on observe cette *mobilité* inusitée de la douleur. Il est bien rare de voir les autres symptômes locaux offrir une mobilité semblable. Les caractères de la douleur sont variables.

Tophus. — Le *gonflement* devient persistant et présente quelques particularités importantes. Il est beaucoup plus irrégulier que dans la goutte aiguë, ce qui résulte de la formation de *concrétions tophacées* qui se montrent autour des articulations, et qui gênent beaucoup les mouvements. Il en résulte des tumeurs dures, irrégulières, bosselées, situées immédiatement sous la peau, qu'on ne peut pas faire glisser sur elles, et pénétrant jusqu'aux ligaments articulaires, où elles sont fixées. Dans d'autres circonstances, elles occupent les bourses muqueuses et les gaînes des tendons, et paraissent généralement plus profondes, à moins qu'elles ne soient très volumineuses. On conçoit combien ces tumeurs doivent rendre la pression douloureuse, et surtout la pression exercée par la chaussure; aussi les goutteux qui offrent de semblables altérations marchent-ils avec la plus grande difficulté, et sont-ils obligés de mettre des chaussures particulières, ou de couper leurs chaussures ordinaires, de manière que la partie tuméfiée ne supporte aucune pression.

On comprend combien doit être grande la *déformation* des articles qui résulte

e semblables tumeurs; l'articulation saillante, les doigts déviés, pressés par leurs extrémités les uns contre les autres, donnent aux parties un aspect tout particulier.

Quelquefois ces concrétions tophacées finissent, en pressant continuellement sur les tissus, par les ulcérer; la peau s'enflamme et se détruit à leur niveau, et de là des *plaies* de longue durée, à la suite desquelles est évacuée la matière concrète qui constitue la tumeur. D'autres fois, au contraire, elles opèrent la destruction des surfaces articulaires. J'indiquerai plus loin la composition de ces concrétions.

Mais ces productions morbides ne sont pas les seules causes de la déformation des articles. Le *gonflement* des extrémités articulaires, l'*atrophie* des parties situées au delà, l'immobilité des petites articulations, dans lesquelles aucun mouvement ne saurait se passer sans retentir douloureusement dans l'articulation malade, donnent lieu à des changements de forme très notables. Les doigts sont atrophiés, renversés les uns sur les autres; leurs mouvements sont faibles; c'est ce qu'on remarque surtout aux mains. Non-seulement les malades, lorsque ces lésions sont considérables, ne serrent plus les objets que très faiblement, mais encore ils les prennent avec difficulté, et deviennent très maladroits.

Le gonflement occupe également les grandes articulations lorsque la maladie les envahit, et ces parties ne sont pas exemptes de concrétions tophacées.

Quant à la *rougeur* et à la *chaleur*, elles ne sont pas habituelles dans la goutte chronique, et ne se manifestent que dans certains retours à l'acuité, qui ont lieu de loin en loin, ou bien lorsque les concrétions tophacées, en irritant les tissus, y déterminent une inflammation plus ou moins vive.

Tels sont les symptômes locaux, qui présentent nécessairement des variétés et des nuances qu'il est très facile de concevoir, et qu'il serait trop long d'énumérer ici.

Les *symptômes généraux* sont variables, et c'est surtout pour leur étude qu'il serait nécessaire d'avoir un nombre suffisant d'observations, et de les analyser avec soin. Malheureusement les matériaux de ce travail n'existent nulle part.

Des *exacerbations* de plus ou moins longue durée survenant dans la goutte chronique, et étant bien caractérisées, quoique moins distinctes que dans la goutte aiguë, c'est dans ces circonstances qu'il importe d'étudier les symptômes généraux.

On remarque alors une diminution plus ou moins marquée de l'*appétit*, qui quelquefois, au contraire, présente une assez grande vivacité, de telle sorte qu'il est difficile de tenir les malades à un régime suffisamment sévère. En même temps on constate l'existence d'un sentiment de plénitude à l'épigastre, de rapports, de borborygmes, en un mot de symptômes dépendants d'un développement surabondant de gaz. Dans d'autres cas, il y a des symptômes d'*embarras gastrique;* quelquefois des douleurs gastro-intestinales qu'on peut rapporter à une gastro-entéralgie. La *constipation* est l'état ordinaire des goutteux; elle augmente ordinairement pendant les attaques : il est rare de noter la *diarrhée*.

Nous n'avons que des renseignements très insuffisants sur l'état des *voies respiratoires* et des *voies circulatoires;* on a beaucoup parlé de la *dyspnée*, de la *toux*, de l'*oppression*, des *douleurs pectorales* des goutteux; mais à quoi sont dus ces symptômes? L'obésité de quelques malades ne suffit-elle pas pour en expliquer quelques-uns? Un certain degré de catarrhe pulmonaire ne rend-il pas compte des

autres? Et enfin une complication du côté de l'organe central de la circulation n'est-elle pas le plus souvent la source des phénomènes morbides que présente cette fonction? Je fais ces réflexions parce qu'on a beaucoup parlé du transport de la goutte sur les organes internes; que c'est là une question très difficile, et qu'il est bon de noter attentivement tout ce qui s'y rattache.

Du côté du *système nerveux*, on a signalé l'insomnie, l'inquiétude, l'irritabilité. On a cité des exemples de tentative de suicide pour échapper aux angoisses des attaques; mais ces cas sont extrêmement rares.

Je me contenterai de mentionner les étourdissements, les bourdonnements d'oreille, la céphalalgie, parce que ces symptômes ne sont pas constants. Les *crampes* appartiennent plus particulièrement à l'affection qui nous occupe, ainsi que les *spasmes* des divers organes.

Il faut aussi faire mention de l'*œdème* qui survient aux extrémités, mais qui paraît être sous la dépendance d'une complication du côté du cœur, bien plutôt qu'une conséquence de la goutte.

Je signalerai également la sécheresse de la *peau* pendant l'attaque, la suppression des sueurs habituelles et de certains *flux sanguins*, tels que les *hémorrhoïdes*.

Les *urines* sont chargées, peu abondantes. Les affections des voies urinaires (le *catarrhe*, la *gravelle*, etc.) sont fréquentes chez les goutteux, et augmentent pendant les exacerbations de la goutte chronique.

Lorsque ces paroxysmes irréguliers et de durée indéterminée se sont dissipés, la santé générale est assez bonne chez la plupart des sujets. Quelques-uns conservent quelques troubles nerveux et un embarras plus ou moins marqué de la digestion. La plupart, au contraire, recouvrent un appétit souvent très considérable, et qu'ils ne peuvent s'empêcher de satisfaire. Ils se sentent très dispos, et les altérations anatomiques survenues dans les jointures affectées les empêchent seules de se livrer à l'exercice qui leur serait nécessaire.

4° *Rétrocession de la goutte*, *métastase goutteuse*, *goutte interne*. — J'aborde une question d'une très grande difficulté, parce que les auteurs qui se sont livrés aux plus grandes discussions à son sujet ne nous ont pas fourni les éléments du problème, et que la plupart des faits qu'ils ont recueillis l'ont été incomplétement.

Il n'est guère d'affection aiguë qui n'ait été regardée, dans un certain nombre de cas, comme une goutte rétrocédée, ou remontée. Ainsi voit-on, dans une attaque de goutte, ou seulement chez un goutteux, survenir une *bronchite*, une *pneumonie*, une *gastrite*, une *entérite*, et même une *angine?* on leur donne le nom de bronchite, de pneumonie, de gastrite, d'angine goutteuses. Rien n'autorise à adopter cette manière de voir. On n'a cité aucune particularité qui établît une différence un peu notable entre ces affections, suivant qu'elles surviennent chez des goutteux ou qu'elles affectent des sujets dans d'autres conditions. Pour nous, nous ne pouvons y voir que des affections intercurrentes d'autant plus graves, qu'elles se montrent chez des malades plus épuisés par des attaques longues, violentes et fréquentes.

Reste à savoir maintenant si des symptômes graves appartenant à la goutte, et ne pouvant être attribués à aucune des maladies précédentes, se montrent dans les principaux organes, et notamment dans l'estomac. Tout le monde a parlé de la *goutte remontée* dans l'estomac, dans la poitrine, et il y a même des principes de

ment fondés sur cette opinion. Malheureusement les écrits des auteurs nous nt sur ce point dans le plus grand embarras. Voit-on des symptômes graves nir dans les organes internes, les auteurs affirment que c'est la goutte qui ahi ces organes. Mais les preuves, où sont-elles? quelles sont les recherches ous font voir que ces organes n'ont été réellement atteints que de la goutte? comme si, chez un phthisique affecté de gastrite secondaire, on disait que la sie est descendue dans l'estomac. Je ne veux pas, assurément, trancher la ion; je sais que, dans un nombre de cas de terminaison fatale, on a vu aître des symptômes très graves du côté des cavités splanchniques; il ne me gne nullement d'admettre que la même maladie qui a occasionné des symes locaux si intenses dans les articulations puisse en produire d'analogues dans ganes intérieurs; mais je suis en droit de demander la démonstration du fait: ii est faire un appel à de nouvelles investigations. M. de Castelnau, dans un e très intéressant (1), a commencé à publier quelques faits importants sur ce ; mais ils sont encore trop peu nombreux, et l'on doit imiter la sage réserve uteur qui, tout en penchant pour la rétrocession de la goutte, ne se prononce ormellement.

is on a cité des faits (2) dans lesquels l'apparition de la goutte a paru dissiper ins états morbides. Ces faits, on peut le dire hardiment, ne peuvent supporter s léger examen; il en faut nécessairement d'autres plus circonstanciés et t étudiés. Les mêmes réflexions s'appliquent à la *métastase goutteuse*. Il faud'abord qu'on nous citât des exemples bien évidents de la cessation brusque mptômes articulaires et de l'apparition correspondante d'une affection interne; cond lieu, il serait bon qu'on pût nous faire voir que cette affection interne en réellement la goutte transportée sur un organe interne, et non une phlegordinaire. Ce travail n'a pas été tenté.

fin on voit nécessairement des sujets affectés de la goutte être pris quelque'une affection de l'estomac, du poumon, des intestins, sans que les articulaient été préalablement envahies, ou, en d'autres termes, dans les intervalles ttaques. Cela suffit à quelques auteurs pour regarder cette affection comme naladie goutteuse; pour eux, c'est la *goutte interne*. Évidemment, c'est s'exvolontairement à l'erreur que de raisonner ainsi.

résumé, bien que l'on ait cité quelques faits qui portent à croire que, dans nes circonstances, la goutte peut se porter vers l'intérieur; bien qu'il ne ne nullement d'admettre la possibilité de ce fait; bien qu'un grand nombre eurs aient défendu cette cause avec beaucoup de talent, nous restons encore e doute, tant il est vrai que rien en médecine ne peut remplacer l'observation e!

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

ns la description précédente, je me suis attaché à faire connaître la succession ccidents. Il me suffit donc de rappeler en peu de mots ici que la goutte se feste par attaques; que ces attaques sont composées d'*accès quotidiens* durant x à douze ou vingt-quatre heures; qu'il y a néanmoins des nuances nom-

Observ. et réflex. sur la goutte, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1843, t. III, p. 285.
Scudamore, *Traité de la goutte*.

breuses; que les attaques, d'abord violentes, d'une durée de deux à trois septénaires, sont séparées par de longs intervalles, pendant lesquels tout se dissipe: symptômes locaux aussi bien que symptômes généraux; que plus tard ces attaques sont de moins en moins violentes, mais aussi de plus en plus rapprochées; qu'enfin, à une certaine époque, il n'y a plus d'intervalles pendant lesquels tout rentre complétement dans l'ordre; que les malades sont toujours plus ou moins souffrants; que les altérations anatomiques deviennent permanentes, la goutte ayant passé à l'état *chronique*.

M. W. Gairdner admet *trois périodes*. Dans la première, les attaques de goutte, quoique violentes, laissent dans leurs intervalles les sujets sans détérioration de la constitution; dans la seconde, celle-ci commence à souffrir, bien que les attaques soient encore aiguës; la troisième est la *goutte chronique*, avec tous les accidents qu'elle produit.

La *durée* de la goutte est presque toujours mesurée par l'existence même du sujet. On a cité quelques cas de guérison, mais ils sont bien rares. En pareil cas, la durée est nécessairement indéterminée.

Je viens de dire qu'on a cité quelques cas de guérison. La *terminaison* fatale, la plus ordinaire, a lieu par suite d'une affection intercurrente; la goutte cependant peut causer la mort par elle-même, comme M. W. Gairdner (1) en a cité des exemples. Nous avons vu que beaucoup d'auteurs des deux siècles derniers ont pensé que la goutte peut, en se jetant sur un organe interne, causer la mort par elle-même; mais je ne dois pas, à ce sujet, rentrer dans la discussion qui précède.

Parmi les *complications* les plus fréquentes de la goutte, on a rangé la *gravelle*. Nous verrons plus loin, en parlant des lésions anatomiques, comment on a rapproché de cette circonstance la composition des concrétions tophacées, qui est, en effet, remarquable. Quant à présent, je dois me contenter de renvoyer le lecteur à l'article *Gravelle* (2).

On a cité des cas dans lesquels les symptômes de la goutte se sont accompagnés des symptômes du *scorbut*, et l'on en a fait une espèce de goutte sous le nom de *goutte vague scorbutique* (3). Je crois que dans cette manière d'interpréter les faits il y a eu confusion. Les douleurs articulaires, le ramollissement, la carie des os, les ulcérations des articulations, sont des symptômes du scorbut lui-même, et ne doivent pas être pris pour les phénomènes locaux de la goutte. Que si ces phénomènes se manifestent chez un sujet préalablement goutteux, rien ne prouve que la goutte soit pour quelque chose dans cette manifestation. On voit que, faute de s'être bien posé le problème à résoudre, on a laissé toutes les questions en litige, tout en croyant y avoir parfaitement répondu.

§ VI. — Lésions anatomiques.

On trouve les articulations déformées; les surfaces osseuses ont parfois perdu leurs rapports; les ligaments sont amincis, atrophiés; les tissus sont parfois simplement incrustés, ulcérés par les concrétions tophacées. D'autres fois on trouve sur le trajet des tendons, dans les bourses muqueuses, une simple induration avec

(1) *Loc. cit.*, p. 33 et suiv.
(2) Voy. article *Gravelle*.
(3) Voy. Coste, Barthez, etc.

missement des tissus : ce sont les *nodosités* qui ont concouru à la déformation de l'article ; les veines sont dilatées aux environs des articulations malades. Je n'insiste pas sur ces lésions, parce que la description des symptômes est suffisante à cet égard.

L'étude des *concrétions goutteuses* est plus importante. Ces concrétions ont leur siége habituel en dehors des capsules synoviales, sur les membranes fibreuses; quelquefois on les a vues se produire dans les poches synoviales, dans les bourses muqueuses et dans les gaînes des tendons. Morgagni a vu une de ces concrétions dans la mamelle d'un goutteux.

Leur forme est tout à fait variable. Quelquefois la matière tophacée entoure toute l'articulation; bien plus souvent elle s'accumule dans un ou plusieurs points, et forme des bosselures irrégulières.

La dureté de ces concrétions est différente suivant les cas : quelquefois elles sont pénétrées de matières liquides, et s'écrasent comme de la craie mouillée; d'autres fois elles sont sèches et dures. Dans les cas où elles ont déterminé l'ulcération, l'abondance des liquides morbides les désagrége, et les réduit en grains isolés mêlés à des parties plus volumineuses.

La composition chimique de ces concrétions est surtout remarquable. Voici ce qui résulte de l'analyse qu'en a faite M. Laugier :

Eau	8,3	Chaux	8,3
Matière animale	16,7	Chlorure de sodium	17,7
Acide urique	16,7	Perte	16,7
Soude	16,7		

D'autres chimistes ont trouvé des carbonates, des phosphates de chaux en grande quantité; mais ce sont surtout les urates de soude et de chaux qui se sont montrés d'une manière remarquable (1).

On a conclu de cela que la production anormale des urates doit faire admettre l'existence de ces sels en excès dans le sang; que l'urée libre doit également se trouver en excès dans ce liquide, etc., et par là on a expliqué en même temps la goutte et la gravelle. Mais ce ne sont là que des explications sur lesquelles je n'insiste pas. Il me suffit de signaler ce fait dont l'importance est réelle, puisqu'il doit influer sur le traitement. C'est pourquoi je n'entre pas dans de plus grands détails sur l'état du sang et sur la composition des urines, d'autant plus que les renseignements qu'on y a puisés manquent complétement de précision.

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. — Ce n'est évidemment qu'avec le rhumatisme articulaire qu'on doit établir le diagnostic différentiel de la maladie qui nous occupe. Comparons d'abord la *goutte aiguë* avec le *rhumatisme articulaire aigu.*

La goutte aiguë attaque les gens de la classe riche; le rhumatisme articulaire aigu s'observe surtout chez les gens pauvres. L'âge auquel se manifestent les deux affections n'est pas le même. La goutte affecte les petites articulations, le rhumatisme les grandes. La première de ces maladies revient par attaques distinctes,

(1) *Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1828, t. I, p. 410. — Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, 4ᵉ livraison, in-fol. avec planches col.

composées d'accès quotidiens; il y a de la régularité dans sa marche. Une fois qu'elle a attaqué un individu, on peut dire qu'elle se reproduira chez lui un grand nombre de fois. Les premières attaques sont les plus violentes; elles vont ensuite en s'affaiblissant graduellement. Les symptômes locaux ne passent pas d'une articulation à l'autre, et restent fixés dans les points primitivement affectés, alors même que de nouvelles articulations sont envahies; le cas contraire est rare. L'état de l'articulation malade est particulier : la rougeur, la chaleur sont vives; les veines sont fréquemment dilatées aux environs; enfin, à un certain moment, il survient une sueur locale digne de remarque. Dans le rhumatisme articulaire aigu, les symptômes sont continus, avec des exacerbations irrégulières. On voit beaucoup de sujets qui n'ont eu qu'une attaque de rhumatisme; il est très rare que l'affection se reproduise fréquemment. Dans les cas où il y a une seconde attaque, elle peut être infiniment plus forte que la première; il en est de même de la troisième, et ainsi de suite. La mobilité des symptômes locaux est un des principaux caractères de l'affection. On ne trouve ordinairement pas la rougeur et la chaleur des articulations malades aussi vives; il n'y a pas de dilatation des veines, pas de sueur locale particulière.

La *goutte chronique* se distingue du *rhumatisme articulaire chronique* par plusieurs des signes distinctifs qui viennent d'être énumérés, et en outre par les caractères suivants : Elle affecte les petites articulations; elle n'en occupe ordinairement qu'un très petit nombre; il survient dans les articles malades une déformation plus grande; les concrétions tophacées ne tardent pas à s'y montrer : tandis que dans le rhumatisme on voit les grandes articulations se prendre de préférence; un plus grand nombre de ces parties être envahies par la maladie; le gonflement être considérable pendant longtemps avant que la déformation soit portée très loin; enfin, dans cette dernière affection, on n'a pas noté l'existence des concrétions tophacées.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la goutte aiguë et du rhumatisme articulaire aigu.*

GOUTTE AIGUË.	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.
Attaque la *classe riche*.	Attaque la *classe pauvre*.
Se manifeste en général à un *âge plus avancé*.	Se manifeste en général à un *âge moins avancé*.
Affecte particulièrement les *petites articulations*.	Affecte particulièrement les *grandes articulations*.
Revient par *attaques distinctes* composées d'*accès quotidiens*.	*Pas d'attaques distinctes; pas d'accès quotidiens;* seulement exacerbations irrégulières.
Se *reproduit fréquemment*.	Très souvent n'affecte les sujets qu'*une ou deux fois*.
Les *premières attaques* sont les plus *violentes;* elles diminuent ensuite d'intensité, et augmentent de fréquence.	La *seconde, la troisième attaque*, peuvent être les plus *violentes*.
Fixité des symptômes locaux.	*Mobilité* des symptômes locaux.
Rougeur, chaleur généralement *plus vives*.	Rougeur, chaleur, généralement *moins vives*.
Dilatation des veines au pourtour des articulations malades.	*Pas de dilatation des veines* au pourtour des articulations malades.
Sueur locale à la fin de l'attaque.	Pas de *sueur locale*, particulièrement à la fin de l'attaque.

Il me paraît difficile que des signes distinctifs si marqués et si nombreux, aux-els il faut joindre encore la manière dont se termine la maladie, passant presque ajours à l'état chronique et donnant lieu à des concrétions tophacées dans la utte, passant au contraire rarement à l'état chronique et n'ayant pas pour carac-res les concrétions tophacées dans le rhumatisme; il me paraît, dis-je, difficile admettre que des signes distinctifs si marqués ne soient pas suffisants pour poser diagnostic sur des bases solides.

2° *Signes distinctifs de la goutte chronique et du rhumatisme articulaire chronique.*

GOUTTE CHRONIQUE.	RHUMATISME CHRONIQUE.
Attaque la *classe riche.*	Attaque la *classe pauvre.*
Age, ut suprà.	*Age*, ut suprà.
Marche, ut suprà.	*Marche*, ut suprà.
Siége, ut suprà.	*Siége*, ut suprà.
Concrétions tophacées.	*Pas de concrétions tophacées.*
Déformation *plus marquée.*	Déformation *moins marquée.*

Pronostic. — Ce que j'ai dit de la terminaison de la maladie nous a déjà appris ue, dans les cas ordinaires, la goutte ne menace pas les jours des malades. S'il arvient une affection interne, quelque opinion qu'on se fasse d'ailleurs sur la anière dont elle s'est produite, on doit avoir des craintes sur l'issue de la mala-ie. On est, en effet, d'accord sur la gravité de ces accidents; on ne diffère que ans l'explication. Dans deux des quatre cas qu'il a observés, M. de Castelnau a u la mort survenir à la suite de phénomènes graves qui ne pouvaient s'expliquer ue par la paralysie des muscles intercostaux, et chez un sujet il y a eu des trou-les dont le siége a paru être dans le nerf pneumogastrique. M. de Castelnau a it ressortir les raisons qui portent à admettre que ces accidents étaient sous la épendance de la même cause qui avait produit les symptômes articulaires. Lorsque goutte a duré longtemps, et que ces attaques ont été très fréquentes et très vio-ntes, la constitution peut se détériorer; on a donné à cet état le nom de *cachexie outteuse.*

§ VIII. — Traitement.

Pour exposer avec méthode le traitement de la goutte, qui, comme celui du umatisme articulaire, nous présente un très grand nombre de moyens divers, il ut nécessairement établir certaines divisions. Je commencerai par le traitement la goutte aiguë, puis j'exposerai celui de la goutte chronique et le traitement rophylactique. Les deux premières divisions comprendront d'autres divisions par-culières.

1° *Traitement de la goutte aiguë.* — Je vais d'abord passer en revue les moyens u'on oppose aux symptômes aigus de la goutte; je rechercherai ensuite s'il con-ient de faire quelque chose de particulier *dans l'attaque.*

Émissions sanguines. — On a fait beaucoup de théories à propos de l'utilité ou es inconvénients des émissions sanguines; mais malheureusement on a négligé de onsigner dans les ouvrages les résultats de l'expérience sur ce point de pathologie. Quelques auteurs proscrivent la *saignée;* d'autres la conseillent dans des cas donnés. qui s'en rapporter? Dans cette incertitude, contentons-nous de dire que chez les

sujets robustes, sanguins, et lorsque la fièvre est intense, on pratique en général une ou deux saignées. Mead (1) recommande principalement la phlébotomie lorsqu'il y a de l'agitation et du délire. Les *émissions sanguines locales* ont été surtout regardées comme dangereuses. On craint, en y ayant recours, de faire disparaître trop promptement les symptômes locaux, et d'occasionner ainsi la rétrocession de la goutte. Qu'y a-t-il de positif dans cette manière de voir? C'est ce qu'on ne peut pas dire, les auteurs ne nous ayant pas fait connaître les observations sur lesquelles ils se sont fondés pour avancer de pareilles suppositions, ou n'ayant fait que les indiquer sans aucun détail. Cependant, après avoir lu ce que les auteurs modernes ont publié à ce sujet (2), on ne peut s'empêcher de reconnaître que la plupart des médecins des siècles passés ont attribué aux saignées un danger beaucoup plus grand que celui qu'elles présentent réellement.

Sudorifiques. — Les sudorifiques sont beaucoup moins employés dans la goutte aiguë que dans la goutte chronique; aussi n'en dirai-je que quelques mots ici. Dans la goutte aiguë, on ne doit pas employer de sudorifiques très actifs. Quelques infusions chaudes, comme l'infusion de *sureau*, de *bourrache*, de *salsepareille*, de *sassafras*, une légère décoction de *gaïac*, sont suffisantes; encore ne doit-on les mettre en usage que dans les intervalles des attaques ou vers la fin. Sydenham insiste beaucoup pour qu'on ne fasse pas abus des sudorifiques. Quelques *bains de vapeur* peuvent aussi être ordonnés, mais seulement dans les intervalles des attaques, à moins que la fièvre ne soit très légère. Le docteur Schmitt a préconisé les *bains russes*, après l'emploi des émissions sanguines locales; c'est une pratique qui n'a guère été suivie.

Mercuriaux. — Les mercuriaux ont trouvé place dans la goutte aiguë comme dans le rhumatisme articulaire. Lentin a prescrit le *deutochlorure de mercure* dans cette affection, et le docteur Burdach unit ce médicament au colchique de la manière suivante :

℞ Deutochlorure de mercure.	0,10 gram.	Vin de colchique............. 15 gram.
Eau distillée............	50 gram.	

Mêlez. Dose : de 30 à 40 gouttes toutes les deux heures.

Musgrave, Hamilton, etc., recommandent le *calomel* à dose altérante. Ce médicament fait partie d'un bon nombre de formules dont je donnerai quelques-unes plus loin. Quant à son degré d'efficacité, on ne peut en rien dire.

A l'extérieur, on emploie également le mercure : ainsi les frictions *mercurielles*, les lotions avec une solution de *deutochlorure de mercure*, dans les proportions suivantes, par exemple :

Deutochlorure de mercure..... 2 gram. | Alcool .... 500 gram.

Prenez de cette solution........................ 1 partie.

Mêlez-la avec :

Eau....... .... 1 ou 2 parties.

Pour lotions, matin et soir, sur les articulations malades.

(1) *De podagra* (*Opera omnia*, t. II).
(2) Voy. Roche, etc.

faut pendant ces lotions, après lesquelles les mains doivent être soigneusement es, surveiller attentivement l'état des gencives. On ne doit les mettre en usage lorsqu'il n'existe pas de symptômes très aigus.

ntimoniaux. — Il est peu de médicaments qui aient été aussi fréquemment loyés contre la goutte que les antimoniaux; mais il est rare que l'antimoine ses composés soient administrés seuls dans le traitement de la goutte. Le plus vent ils font partie de formules compliquées, telles que celle de Quarin (1), que présente ici parce qu'elle a eu une très grande réputation, et que Quarin lui ordait la plus complète confiance :

Salsepareille coupée....... 120 gram.	Antimoine dans un nouet de linge. 180 gram.

Faites bouillir dans :

Eau.............................. 3000 gram.

qu'à réduction à 2000 gram.

Puis faites infuser dans ce liquide :

Réglisse ratissée et coupée.. 30 gram.	Anis..................... 8 gram.

Passez à travers un blanchet. A prendre par grands verres, dans la journée.

Le docteur Richter prescrit la poudre suivante :

Calomel.............	ãã 0,10 gram.	Douce-amère...........	ãã 1,25 gram.
Sulfure d'antimoine....		Sucre blanc.............	
Extrait d'aconit.......			

Mêlez. Faites une poudre. Divisez en seize paquets. Dose : un matin et soir.

Il me serait facile de multiplier ces formules; mais il n'y aurait pas d'utilité réelle. u'il me suffise de dire que dans presque toutes on trouve réunis, comme dans précédentes, les narcotiques, les mercuriaux, les antimoniaux, les carminatifs, sudorifiques, et parfois les diurétiques. La *poudre de James*, dont on trouve rtout la formule, est très usitée en Angleterre.

Purgatifs. — On ne prescrit pas ordinairement de purgatifs énergiques. La crainte irriter les intestins et l'estomac, et d'appeler sur eux la goutte, a toujours retenu médecins. On se contente de maintenir le ventre libre, et par conséquent je i pas à entrer dans des détails à ce sujet; car, évidemment, il n'y a rien de partilier dans la manière d'agir de la rhubarbe, de la magnésie, de l'aloès, du jalap, 'on emploie en pareil cas.

Colchique. — Le colchique a été ordonné dans la goutte comme dans le rhumame articulaire. On administre cette substance de la même manière que dans tte dernière maladie (2). Parmi les médecins qui en ont vanté l'efficacité, je erai Home, Johnson, Montègre, et surtout le docteur Battleley (3). Ce dernier teur a rapporté un fait dans lequel des douleurs atroces se sont calmées très u de temps après l'administration de *vingt gouttes de vin de colchique;* mais

(1) *Animadversiones practicæ in diversos morbos*, p. 279.
(2) Voyez plus haut.
(3) *The London med. Rep.*, 1820.

il faudrait un plus grand nombre d'observations pour démontrer parfaitement l'efficacité du moyen. M. W. Gairdner (1) accorde aussi une grande influence à ce médicament ; mais il recommande de le donner à dose aussi modérée que possible, et de ne pas dépasser le point où le médicament commence à manifester son action.

Narcotiques. — Les narcotiques, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, sont bien plutôt employés contre l'attaque que dans toute autre circonstance ; cependant, si dans les intervalles des attaques il restait quelques signes d'acuité, on aurait recours avec avantage aux applications narcotiques à l'extérieur (cataplasme à la belladone, au datura, etc.), et en même temps on donnerait à l'intérieur un ou deux décigrammes de *poudre de Dower* à la fois narcotique et sudorifique, ou quelques pilules d'opium. L'*aconit* a principalement joui d'une grande réputation depuis qu'il a été préconisé par Störk (2). Le docteur Chapp a publié quatre observations dans lesquelles on voit des douleurs aiguës et opiniâtres céder à l'extrait d'aconit donné d'abord à la dose de 0,03 à 0,10 grammes, puis élevé progressivement aux doses de 0,30, 0,40, 0,50 grammes et plus. Ces faits ne sont pas assez nombreux pour prouver que l'aconit a une vertu spécifique contre la goutte ; mais ils doivent fixer l'attention du praticien.

Je signalerai encore la *ciguë à hautes doses* comme ayant été vantée par le docteur Kung (3), mais sans que nous ayons des preuves suffisantes de son efficacité.

Froid. — L'application du froid a été faite sous forme de fomentations d'*eau froide* (4), d'application de *neige* (5). La plupart des médecins, au contraire, regardent l'emploi de ce moyen comme très dangereux, en ce qu'il peut occasionner la rétrocession de la goutte. Tout ce qu'il nous est permis de dire, c'est que, dans les faits signalés par les auteurs que je viens de citer, les douleurs ont été notablement calmées sans qu'il arrivât aucun accident.

Applications excitantes. — Enfin, on a, comme dans le rhumatisme, recours à certaines applications que je mentionnerai ailleurs, telles que le *cataplasme de Pradier* (6), les frictions avec l'*alcool camphré*, etc., etc. Il n'y aurait aucun intérêt à insister sur ces détails.

Jugeant inutile de pousser plus loin cette revue des moyens à employer contre la goutte aiguë hors de l'attaque, je me borne à faire une remarque générale : c'est qu'un bon nombre des médicaments que je ferai connaître en parlant de la goutte chronique, peuvent être employés dans la goutte aiguë.

2° *Traitement de l'attaque.* — Le traitement de l'attaque n'est pas composé de moyens bien différents de ceux qui viennent d'être énumérés, ou plutôt presque tous ces moyens entrent dans ce traitement ; mais comme il est important de savoir comment ils doivent être groupés, et jusqu'à quel point on doit insister sur chacun d'eux, je ne crois pas devoir négliger cette partie du traitement.

(1) *Loc. cit.*, p. 265.
(2) *Journal de médecine*, t. XXIV.
(3) *Beobacht.*, etc., t. V. Wien, 1826.
(4) Voy. Kinglake, *Sur la goutte, son origine*, etc. Londres, 1804.
(5) Voy. Gremmler, Rust's *Magazin*, t. XIV.
(6) Voy. *Arthrite simple aiguë*.

Si l'attaque s'annonce d'une manière violente, on ne doit pas craindre de faire ge assez largement des *émissions sanguines* générales et locales. Baillou avait jà insisté sur la nécessité de cette médication et sur son innocuité. Paulmier ployait à plusieurs reprises l'application des *sangsues* sur les articulations enhies, commençant par trente, et diminuant ce nombre aux applications suivantes. fin, dans ces derniers temps, l'école de Broussais a vanté avec beaucoup d'exaration les avantages de ce moyen. Ce qui ressort des faits, c'est que la saignée nérale et la saignée locale n'ont pas, du moins dans l'immense majorité des cas, s résultats fâcheux qu'on leur a supposés ; qu'elles apportent du soulagement au alade ; mais que, d'un autre côté, il ne faut pas compter sur elles pour la cure mplète de la goutte.

Quelquefois on a réussi à faire avorter une attaque de goutte commençante, par application du *froid* sur les parties envahies. Cette pratique remonte jusqu'à lippocrate, et cependant c'est encore là une de ces médications auxquelles on attribué les plus graves dangers. Mais on chercherait en vain dans les auteurs es preuves évidentes de la réalité de ces dangers, tandis qu'on a cité des faits où *traitement abortif*, par l'immersion dans l'eau froide, les irrigations, les tions, etc., a eu un plein succès.

Ce n'est pas seulement à l'extérieur, mais encore à l'*intérieur*, qu'on a prescrit froid. Ainsi, on a administré l'*eau froide*, l'*eau frappée de glace*, la *glace*. Ce aitement offre-t-il plus de dangers que le précédent ? C'est ce qu'on pense, et ce ui n'est pas clairement démontré ; mais comme, d'un autre côté, les faits qu'on cités en faveur de ce traitement perturbateur ne sont pas concluants, on doit, ans le doute où l'on est nécessairement, agir avec une grande prudence. En énéral, on réunit ces deux modes d'application du froid, et, en même temps u'on administre l'eau glacée à l'intérieur, on fait des lotions froides sur les articuitions.

Viennent ensuite les *applications excitantes*. J'ai déjà cité plus haut les principales, je me contenterai d'ajouter le *liniment de Pott :*

℞ Huile essentielle de térébenthine 30 gram. | Acide chlorhydrique .... 15 gram.

Mêlez.

Il est évident que ce liniment ne doit être employé que dans les moments où s symptômes locaux et généraux ne sont pas très intenses.

Plus souvent on met sur les jointures malades des topiques émollients ou narcoiques. Sydenham appliquait un cataplasme de *mie de pain* et de *lait*, auquel il joutait du *sofran* et de l'*huile rosat*. Les *topiques émollients* sont d'un usage très réquent dans le plus fort de l'attaque.

M. Turk (1) a beaucoup vanté les lotions suivantes ; mais leur efficacité est loin l'être aussi bien prouvée que le croit ce médecin. Je me borne à les indiquer :

℞ Lessive de soude caustique à 8° .... 10000 gram.

Saturez avec :

Alumine en gelée .... Q. s.

(1) *Traité de la goutte et des maladies goutteuses*. Paris, 1837, in-8.

Ajoutez :

Térébenthine de Chio..........	200 gram.	Huile d'olive................	100 gr
Gomme arabique.............	220 gram.	Alcool à 36°, saturé de camphre	250 gr

Mêlez. Faire, de deux à dix fois par jour, des lotions sur tout le corps. Dans les tem froids, chauffer le liquide au bain-marie.

En même temps qu'on emploie ces moyens, il faut entretenir une douce chale autour de l'articulation malade. Le membre doit être placé de manière que l partie affectée ne soit pas dans une *position* déclive. Dans les premiers jours, lo que les signes de réaction sont le plus violents, on tient le malade à une diè sévère ; puis on permet des aliments légers, et on ne laisse les malades repren leurs habitudes (sauf les précautions hygiéniques que j'exposerai plus loin) q lorsque les symptômes locaux, aussi bien que les symptômes généraux, sont co plétement dissipés.

Chloroforme. — Le docteur Bartella (1) cite trois cas dans lesquels il est parve à diminuer non-seulement les douleurs, mais la durée de l'attaque, en appliqu sur les articulations malades une compresse imbibée de 20 à 30 gouttes de chlo forme ; il y a d'abord chaleur, picotement, sensation de brûlure, puis arrive calme ; on enlève alors l'appareil, qui reste en moyenne 30 à 40 minutes appliq

Il ne me reste, après avoir mentionné l'emploi de quelques *amers* vers l de l'attaque, qu'à citer deux médications particulières. L'une est celle que reco mande Cadet de Vaux (2). Suivant cet auteur, c'est un moyen presque infail que de *boire de quart d'heure en quart d'heure des verres d'eau aussi cha qu'on peut le supporter*, et cela jusqu'à *quarante-huit verres.* Chaque verre contenir 180 grammes d'eau chaude. Il est difficile de se prononcer sur la valeu ce moyen, car il est bien peu de malades qui aient pu s'y soumettre.

La seconde médication est l'*hydrothérapie.* On n'hésite pas, dans les établis ments hydrothérapiques, à soumettre à cette médication les sujets affectés de go aiguë, aussi bien que ceux qui sont en proie à la goutte chronique. On sait q sont les procédés employés : ils peuvent être modifiés. Les moyens principaux c sistent dans l'*enveloppement* de tout le corps, puis des extrémités malades ; c les *bains de pieds*, les *manuluves froids*, en même temps qu'on provoque sueurs (3). On a cité des exemples de guérison ; mais on n'a pas rapporté tous cas dans lesquels ce moyen a été employé ; et comment pourrait-on connaîtr degré d'efficacité réel d'une médication, si l'on ne connaît pas tous les faits d lesquels l'auteur qui la préconise l'a mise en usage?

3° *Traitement de la goutte chronique.* — C'est surtout dans le traitement d goutte chronique qu'on trouve le plus grand nombre de médicaments. Les pré dus spécifiques y abondent ; mais la preuve qu'on n'a pas encore trouvé le v table, c'est que l'on continue toujours à en chercher, que les anciens sont gé ralement abandonnés, et que le plus souvent les goutteux, après en avoir ess plusieurs, finissent par y renoncer, se bornant à l'emploi de moyens palliatifs d

(1) *Gazzetta medica Toscana*, décembre 1852, et *Union médicale*, 15 février 1853.
(2) *De la goutte*, etc. Paris, 1833.
(3) Scoutetten, *De l'eau sous le rapport hygiénique et médical.* Paris, 1843, in-8. Ch. Munde, *De l'hydrothérapie.*

leur expérience leur a appris l'utilité. Bornons-nous donc à signaler les principaux traitements, ceux qui ont eu le plus de réputation, en attendant que des recherches plus exactes viennent jeter quelque jour sur ce sujet si obscur.

Nous retrouvons d'abord ici les *applications excitantes ;* je ne les rappellerai pas; j'indiquerai seulement celle qu'a proposée G. Villette (1), et qui a été très vantée :

Résine de gaïac en poudre.	ãã 60 gram.	Chaux vive................	250 gram.
Safran du Gâtinais.......		Eau......................	2000 gram.

Arrosez un cataplasme très chaud de ce liquide.

Saupoudrez-le avec le safran du Gâtinais et la *farine de moutarde.*

Les *alcalins* sont recommandés par un grand nombre d'auteurs. Les renseignements sur les *eaux de Vichy* étant les plus exacts de tous ceux que nous possédons, c'est surtout sur elles que je vais attirer l'attention du lecteur. En 1835, Petit (2) annonça que ces eaux guérissaient presque infailliblement la maladie qui nous occupe. Cette assertion fut contredite; mais, en 1838, Petit insista de nouveau sur l'excellence de ce moyen, et plus tard M. Rilliet, dans un mémoire intéressant (3), a cherché à résoudre cette question importante. Ce point de thérapeutique est si capital, et l'exposé des faits, tel que l'a présenté M. Rilliet, me paraît devoir être si utile au lecteur, que je ne peux m'empêcher de transcrire tout le passage suivant :

Traitement par les eaux de Vichy. — « Désireux, dit M. Rilliet, de savoir à quoi nous en tenir sur l'efficacité des eaux de Vichy dans la goutte, nous avons profité de notre séjour dans cet établissement pour nous enquérir de l'effet du traitement auprès des malades eux-mêmes; nous avons, pendant quelques jours, interrogé un assez grand nombre de goutteux que nous trouvions rassemblés chaque matin autour de la fontaine des Célestins. La plupart de ces malades n'étaient pas des nouveaux venus; ils avaient déjà passé plusieurs saisons à Vichy, en sorte qu'ils ont pu nous fournir des renseignements détaillés et positifs sur l'influence que les eaux avaient eue sur leur santé. Ils étaient presque tous atteints de goutte ancienne, intense, remontant à douze, quinze, dix-huit et même vingt ans. Chez plusieurs, la maladie était héréditaire. Les uns n'avaient pas fait de traitement avant l'emploi des eaux, tandis que d'autres avaient épuisé toutes les ressources de la pharmacie.

» Le traitement auquel ils étaient soumis à Vichy était uniforme, leur régime était en général sévère. Ils s'abstenaient d'excitants, de vin pur, de café, de viandes noires. Le matin, de bonne heure, ils prenaient, de quart d'heure en quart d'heure, un grand verre de table d'eau de Vichy, ordinairement de celle des Célestins, puis ils se promenaient pendant quelques instants. A dix heures ou dans l'après-midi, ils prenaient, pendant une heure, un bain d'eau minérale pure ou coupée avec un tiers d'eau commune, à 25 ou 28 degrés. A deux heures, ils recommençaient à prendre

(1) *Conseils aux goutteux et aux rhumatisants* Paris, 1811.

(2) *Quelques considérations sur la nature de la goutte et sur son traitement par les eaux males de Vichy.* Paris, 1835. — *Du mode d'action des eaux minérales de Vichy.* Paris, 1850, p. 316.

(3) *Du traitement de la goutte par les eaux de Vichy* (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1844, t. IV, p. 35).

de l'eau en boisson. La dose prescrite était de huit, douze et vingt verres. Quelques malades outrepassaient de beaucoup les doses : ainsi, nous en avons vu qui prenaient trente ou quarante verres. Un des malades, dont M. Petit a publié l'observation, prenait la dose quotidienne énorme de quatre-vingt-quatre verres. Nous n'avons pas observé que les doses, fortes ou faibles, aient produit des accidents graves. Nous nous sommes spécialement attachés à savoir si les malades ressentaient des douleurs de tête ; s'ils avaient habituellement des étourdissements, la vue troublée, des bourdonnements d'oreille, de la congestion faciale ; s'ils étaient assoupis pendant le jour, ou agités pendant la nuit ; s'ils éprouvaient, en un mot, d'une *manière incommode*, les symptômes que déterminent quelquefois les boissons qui contiennent de l'acide carbonique. Aucun de ceux que nous avons interrogés n'a accusé d'accidents cérébraux, et ceux qui avaient déjà fait plusieurs saisons nous ont affirmé n'avoir rien ressenti de pareil, soit pendant leur séjour à Vichy, soit dans l'intervalle des saisons qu'ils y avaient passées. Nous en exceptons un malade qui avait de la céphalalgie et des étourdissements quand il prenait quarante verres d'eau : chez quelques goutteux qui faisaient usage d'une quantité d'eau considérable, il était survenu du dévoiement, surtout pendant les quinze premiers jours. Mais la liquidité des selles n'était pas, en général, le résultat d'une irritation ou d'une hypersécrétion de la membrane muqueuse intestinale ; elle résultait seulement du passage en nature de l'eau par le gros intestin. Chez la plupart, les urines augmentaient d'abondance. Cet effet se manifestait chez plusieurs de ceux qui ne prenaient pas une quantité d'eau considérable. Quelques malades éprouvaient des douleurs un peu plus vives pendant les premiers jours du traitement. Un grand nombre se félicitaient de ce que les eaux amélioraient l'état de leurs fonctions digestives. Leur appétit était plus vif, leur digestion se faisait plus régulièrement.

» En résumé, il nous a paru que, chez les goutteux, les eaux de Vichy ne produisent pas des effets physiologiques qui diffèrent d'une manière sensible de ceux qu'on peut remarquer chez les malades atteints d'autres affections, et qu'elles *n'occasionnent pas d'accidents immédiats et consécutifs*. Cette conclusion est conforme aux faits observés par Petit et à l'opinion exprimée par les membres de la commission de l'Académie. Mais, de ce que les eaux ne sont pas nuisibles, il ne s'ensuit pas nécessairement qu'elles soient utiles. Aussi devions-nous nous enquérir avec soin de leur efficacité curative.

» Lorsque nous avons dirigé nos interrogations dans ce sens, nous avons été frappé de l'uniformité des réponses des malades. Presque tous ont affirmé que, depuis qu'ils prenaient les eaux, les accès de goutte avaient beaucoup diminué de fréquence, de durée et d'intensité. Chez quelques-uns, ils avaient été suspendus complétement pendant un ou deux ans, rarement plus ; chez d'autres, les accès, qui étaient à peu près périodiques, avaient eu de la tendance à reparaître à l'époque ordinaire, mais ils avaient été à peine sensibles. Nous avons cru voir aussi, d'après l'ensemble des renseignements fournis par les malades, que c'était principalement après la première saison que la diminution la plus marquée dans le nombre des accès avait lieu, tandis que c'était sur leur intensité que les saisons subséquentes semblaient surtout agir. Aussi sommes-nous porté à croire que plus on s'éloignera de l'époque où l'on a commencé à mettre en usage le traitement par les eaux de

hy, plus le nombre des malades de la première série diminuera, et le nombre ceux de la seconde augmentera. C'est, du reste, ce qui arrive déjà.

» Ainsi, si notre mémoire ne nous trompe pas, plusieurs des malades classés dans rapport de l'Académie parmi la première série, ont été ramenés cette année à chy, non pas par reconnaissance, comme on le dit souvent, mais bien par de uveaux accès. Nous tenons aussi de goutteux grands partisans du traitement, e cette année la goutte a eu plus de tendance à récidiver que les années précé-ntes. Cette recrudescence tient-elle aux variations atmosphériques, ou bien à la use que nous avons indiquée tout à l'heure ? Nous penchons fortement pour la emière opinion. En effet, si l'on parcourt dans le rapport de l'Académie (1) le bleau des dix-neuf malades de la première série, on verra qu'il n'y en a qu'un ul dont la guérison remonte à six ans. Chez près des deux tiers des autres, la sus-ension des attaques n'a eu lieu que depuis deux ou trois ans. Il est vrai que le pporteur de la commission remarque que les eaux de Vichy n'ont commencé à tre employées contre la goutte qu'en 1833, et que, par conséquent, la cessation des ccès ne peut avoir eu lieu depuis un grand nombre d'années. Tout en reconnais-nt la justesse de cette observation, nous n'en persistons pas moins dans notre pinion, et nous pensons que le temps est un élément dont on n'a pas peut-être nu assez compte quand on a voulu estimer la valeur d'une méthode capable de aliser la guérison radicale d'une maladie aussi inconstante dans sa marche que la utte.

» Si nous sommes porté à croire que cette guérison radicale est rare et difficile btenir, nous sommes convaincu que les malades ne peuvent retirer que d'excel-nts effets de l'emploi sage et modéré des eaux de Vichy. Nous avons constaté, en et, que la plupart d'entre eux éprouvent une diminution notable dans les sym-mes locaux de la maladie ; nous n'avons rien à ajouter sur ce point aux détails ntenus dans le rapport de l'Académie.

» Les faits dont nous avons été témoin, et la lecture des observations de Petit, us portent à conclure *que les eaux thermales de Vichy sont, sinon un remède écifique, au moins un moyen précieux à mettre en usage dans le traitement de goutte ; qu'elles rendent les accès moins fréquents, moins longs, moins doulou-ux, et qu'elles tendent à diminuer et à faire disparaître les accidents locaux ui en sont la conséquence.* »

La manière dont M. Rilliet a présenté les faits me dispense d'entrer dans de uvelles considérations à ce sujet ; mais il est une question soulevée par cet auteur, qui a une importance réelle : il établit d'abord que les eaux thermales qui ont ne composition semblable à celle des eaux de Vichy ont la même efficacité, ce qui e fait et ne peut faire aucun doute pour personne ; ensuite M. Rilliet se demande c'est par le carbonate de soude qu'agissent ces eaux, et il arrive à cette conclu-on, que les *eaux salines thermales ont une utilité analogue, quelle que soit leur mposition*, et c'est une proposition qu'il appuie sur des renseignements pris à *éris*, à *Wiesbaden*, au *Mont-Dore*. Cependant il pense que les eaux de Vichy nt un degré supérieur d'efficacité, et il fait surtout remarquer, ce qui est très nportant, que c'est sur des observations exactes et des résultats numériques qu'est

(1) *Bulletin de l'Acad. de méd.* Paris, 1840, t. V, p. 60 et suiv.

fondée cette opinion, tandis que de simples témoignages déposent en faveur
autres eaux. On voit combien il est à désirer que les recherches se continuent
l'esprit qui a dirigé M. Rilliet.

M. le docteur Buckler (1), se fondant sur ce que l'acide urique prédomine
le rhumatisme et dans la goutte, et sur ce que des concrétions d'urate de sou
de chaux se forment dans les tissus blancs, a traité ces deux maladies par le
phate d'ammoniaque, qui, avec les urates, produit de l'urate d'ammoniaque et
phosphate de soude facilement soluble. Il assure que par ce moyen les mal
sont soulagés et guéris en peu de jours, et qu'un phénomène qui se produit
promptement est la limpidité de l'urine succédant aux urines briquetées. Le
phate d'ammoniaque est donné à la dose de 50 à 60 centigrammes trois fois
jour. M. le docteur Edwards (2) a employé le même moyen, et il est arrivé
même résultat.

Les *eaux sulfureuses* sont également très renommées dans le traitement de
goutte; mais nous n'avons pas sur elles des recherches comme sur les eaux ther
males salines. Suivant Chomel et Requin, elles conviennent surtout dans les cas
les malades ont été plus ou moins longtemps sujets aux maladies de la peau.

Cette influence heureuse des eaux minérales les plus diverses devait déjà
faire pressentir que leur action n'est pas purement chimique, comme on n'a
que trop disposé à le croire dans ces derniers temps. Les faits recueillis p
M. Durand-Fardel (3) lui ont en effet prouvé que les eaux thermales ont
action physiologique dont il faut tenir grand compte. C'est ce que faisaient pr
sentir les recherches intéressantes de ce médecin sur les réactions acides ou al
lines présentées par les urines des malades traités par les eaux de Vichy (
et ce que les nouvelles observations ont confirmé. Tout porte à croire que l
investigations ultérieures de M. Durand-Fardel rendront fécondes ces vues no
velles sur l'action de ces moyens puissants. On trouvera d'ailleurs dans d'aut
publications l'exposé de ses recherches les plus récentes (5).

Je pourrais ajouter ici les *sudorifiques* : les *bains de vapeur*, le *gaïac*, le *sas*
fras, la *salsepareille*, etc. ; mais ils ne nous présenteraient aucune considérati
nouvelle.

Les *amers* sont d'un usage très fréquent. La *poudre du duc de Portland*, d
laquelle ces substances tiennent la première place, a joui d'une très grande rép
tation. Voici sa composition :

℥ Petite centaurée...	ãã parties égales.	Aristoloche ronde......	ãã parties égal
Germandrée......		Ivette	
Gentiane			

Mêlez. Dose : *deux grammes* tous les matins.

Pour que cette poudre agisse, suivant ceux qui ont vanté son efficacité, il fa

(1) *Jahresbericht der gesammten Medizin*, et *Union médicale*, décembre 1847.
(2) *Provincial Journ. of med.*, 1847.
(3) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 7 janvier 1851, t. XVI, p. 290; t. XVIII, p. 275.
(4) *Mém. sur les réactions acides ou alcalines*, etc. Paris, 1849.
(5) *Traité des maladies des vieillards*. Paris, 1854, p. 856. — *Lettres médicales su*
Vichy. Paris, 1855.

continuer l'usage pendant très longtemps; seulement, lorsque l'amélioration vient très évidente, on peut diminuer la dose.

On a mis en usage le *quinquina*, le *simarouba*, le *colombo*, etc. C'est surtout sque la constitution est débilitée, lorsqu'il existe cet état auquel on a donné le m de *cachexie goutteuse*, qu'on a recours à ces médicaments, qui ont l'avantage rétablir les digestions. Held a surtout préconisé le *quinquina à dose élevée*, et donné comme le meilleur spécifique (1); mais l'expérience des autres auteurs pas confirmé ces effets merveilleux, bien que quelques-uns aient parlé avec ntage des effets de ce médicament.

On a encore eu recours aux *narcotiques:* à la *belladone*, à la *ciguë*, à l'*aconit*, à *ium*. Ces médicaments sont utiles pour calmer les douleurs; mais rien ne uve qu'ils soient des spécifiques, comme l'ont avancé quelques auteurs. La plus èbre des préparations narcotiques est celle à laquelle on a donné le nom de *ttes noires*, et dont Scudamore nous a laissé la formule suivante :

℞ Opium coupé par tranches.	250 gram.	Muscade	50 gram.
Bon verjus	3000 gram.	Safran	15 gram.

Faites bouillir jusqu'à réduction de moitié. Ajoutez :

Sucre	125 gram.	Levûre de bière	30 gram.

Mêlez le tout, pendant deux mois, près du feu, puis à l'air, jusqu'à consistance sirupeuse. cantez, filtrez; mettez dans des bouteilles, après avoir sucré. Dose : deux, trois, quatre uttes et plus par jour, progressivement et avec précaution, parce que cette préparation est s active que la teinture d'opium ordinaire.

Je peux encore citer les *purgatifs*, les *vomitifs;* mais ces médicaments ne t utiles que dans des circonstances particulières et pour combattre quelques idents.

Les *excitants généraux :* l'*antimoine*, les *mercuriaux*, sont également employés, is sans que nous ayons rien à en dire de particulier.

Moyens divers.—J'aurais encore à signaler des médicaments particuliers, comme *odure de potassium* (Gendrin, Clendinning, etc.); la *décoction de Zittmann*, *cétate de potasse*, l'*éther phosphorique* (Hufeland), les *frictions avec le phosphore* proposées par Gœden, et dont voici la formule (2) :

℞ Phosphore .... 2,50 gram.

Faites dissoudre dans :

Huile de sabine	15 gram.	Huile de térébenthine	15 gram.

Ajoutez :

Ammoniaque liquide .... 60 gram.

Faire des frictions sur les parties affectées, chaque jour, à la sortie du bain, où le malade oit rester trois heures.

Je peux encore mentionner l'*arsenic* (Fr. Hoffmann, Harless) (3), le *rhododen-*

(1) Voy. *Éphém. des curieux de la nature*, cent. 3 et 4.
(2) Horn's *Archiv*, t. XI.
(3) *De arsen. usu in medic.* Norimb., 1811.

dron chrysanthum, le *soufre* (1), le *camphre*, l'*électricité*, l'*acupuncture*, l'*action de l'aimant*, le *massage*, etc., etc. ; mais je pense qu'il vaut mieux, après avoir dit un mot de l'action de l'eau froide, présenter quelques remèdes *antigoutteux* qui ont eu de la célébrité, sans nous porter garant de leur efficacité.

L'*hydrothérapie* a été fréquemment employée, dans ces dernières années, contre la goutte chronique. On a cité un certain nombre de cas où les bons effets de cette médication ne sauraient être douteux. C'est surtout dans la goutte invétérée qu'elle s'est montrée utile; mais il faut une plus longue expérience, et surtout l'analyse d'un plus grand nombre de faits, pour que nous soyons définitivement fixés sur son efficacité. Ce traitement doit être complet.

Je ne ferai que mentionner, sans le citer, un remède proposé par Sydenham (2), qui contient une énorme quantité de substances; il suffit de dire que les amers et et les excitants y tiennent la plus grande place.

Je ne parlerai pas des préparations de *colchique*, décorées du nom d'antigoutteuses, parce que j'ai dit tout ce qu'il y avait à en dire à l'occasion du *rhumatisme articulaire aigu et chronique*; mais je citerai le *sirop antigoutteux* suivant, dans lequel cette substance est unie à d'autres médicaments actifs (Bouchardat) :

Sirop antigoutteux.

℞ Extrait de gaïac.......................... 10 gram.
Teinture alcoolique de semence de colchique..... } ãã 5 gram.
— — de digitale................ }

Délayez l'extrait dans les teintures. Ajoutez :

Sirop de sucre.................... 1000 gram.

D'abord, trois cuillerées à bouche dans la journée, délayées dans un verre d'eau. On augmente successivement la dose jusqu'à dix et douze par jour.

Gall donnait les pilules suivantes, connues sous le nom de *pilules antiarthritiques*. Elles contiennent des médicaments que nous avons déjà signalés :

℞ Extrait aqueux de gaïac...... 8 gram. | Extrait gommeux d'opium.... 0,25 gram.
Antimoine cru............. 2 gram. |

Mêlez. Faites vingt pilules. Dose : trois le matin, trois à midi, trois le soir.

Les *pilules antiarthritiques de Vicq d'Azyr* sont composées comme il suit :

℞ Savon médicinal râpé........ 8 gram. | Extrait de fiel de bœuf......... 4 gram.

Mêlez et incorporez :

Résine de gaïac......... } ãã 2 gram. | Poudre de gaïac............. 2 gram.
Calomel............... }

Faites des pilules de 0,20 grammes. Dose : *une* ou *deux* matin et soir.

(1) Barthez, *Traité des maladies goutteuses*. Montpellier, 1819.
(2) *Traité de la goutte*, § 838, dans l'*Encyclop. des sciences méd.* Paris, 1835.

On emploie beaucoup en Italie un *spécifique antigoutteux* qui a une très grande putation. M. le docteur Agostinacchio (1) expose comme il suit sa composition et a mode d'administration :

« On prend 180 grammes de *teucrium polium*, autant d'*ajuga iva*, autant *artemisia vulgaris*, et on les fait infuser pendant vingt-quatre heures dans *kilogrammes et demi d'eau.* On fait ensuite bouillir le tout à feu lent dans un t de terre verni, jusqu'à réduction du tiers ou de la moitié. On passe avec expression, et l'*on ajoute à la décoction* 3 *kilogrammes de térébenthine de Venise.* n fait ensuite de nouveau bouillir jusqu'à réduction d'un tiers ou de la moitié. n enlève le vase du feu; on laisse refroidir, et l'on en retire toute l'eau. Ce qui ste alors est conservé pour l'usage dans un pot de terre verni en dehors et en edans.

» Le goutteux doit prendre tous les matins, avant de manger, un bol de cette asse du poids de 4 grammes, boire par-dessus un verre d'eau fraîche, et continuer ainsi toute sa vie. Il sera bon, pour renforcer l'effet de cette médication, qu'à époque des équinoxes et des solstices, il se mette pendant une vingtaine de jours l'usage quotidien de 2 grammes de salsepareille en poudre, sans discontinuer our cela celui des bols. Il est à peine besoin de dire que le malade observera la lus stricte tempérance; il s'abstiendra de faire excès d'huile, de vin, de spiritueux, 'aromates et de condiments, de chocolat, de café, de viandes et de poissons salés. l suivra un régime aussi peu azoté que possible.

» S'il y a de la constipation, on purge et de préférence avec les purgatifs salins. »

Ce médicament est en grande vogue à Naples, comme remède populaire. M. Agostinacchio n'affirme pas toutefois qu'il guérisse toujours ni radicalement; mais il jouit, dit-il, dans la plupart des cas, d'une efficacité incontestable, en éloignant le retour des accès et en les soulageant. Dans quelques cas aussi, que l'auteur cite, il a procuré une guérison complète.

Feuilles de frêne.—MM. les docteurs Pouget et Peyraud (2) considèrent les feuilles de frêne comme un spécifique puissant dans la goutte, le rhumatisme articulaire et musculaire, et, à l'appui de leur assertion, ils signalent un grand nombre de cas non détaillés. Voici le mode d'administration :

« On fait infuser chaque prise de poudre de feuilles de frêne, pendant trois heures, dans deux tasses d'eau bouillante; avant de prendre l'infusion, qu'on peut édulcorer à volonté, il faut avoir soin de la passer à travers un linge.

» Dans le cas de goutte aiguë et au commencement surtout de l'attaque, avec ou sans fièvre, on doit faire infuser deux prises dans trois tasses d'eau, que l'on prendra l'une le soir au moment de se coucher, l'autre le matin, et la troisième au milieu de la journée, entre les deux repas.

» Il est nécessaire de continuer cette médication pendant une huitaine de jours, après la disparition des symptômes précités, à la dose seulement d'une seule prise de poudre pour deux tasses d'infusion.

» Dans la goutte chronique, on peut se contenter de deux tasses d'infusion par jour, une le soir et l'autre le matin; mais le traitement doit être continué pendant plus longtemps.

(1) Agostinacchio, *Il Filiatre sebezio*, mai 1846. — *Notice sur un spécifique antigoutteux.*
(2) *Union médicale*, 27 novembre 1852.

» Cette médication, employée tous les mois pendant huit à dix jours, éloigne, ajoutent ces médecins, les attaques plus ou moins indéfiniment. »

Dans le rhumatisme aigu, cette infusion aide beaucoup l'action des moyens thérapeutiques ordinairement mis en usage.

La *prise* est constituée par *un gramme de poudre* (1).

Je ne crois pas que l'expérience ait encore définitivement prononcé sur la valeur de ce moyen.

Sabine. — J'ajoute deux formules ayant la sabine pour base, et que des médecins allemands disent employer avec succès, sans toutefois citer aucune observation (2).

Le docteur Gœden recommande le liniment suivant dans la goutte invétérée :

℞ Phosphore	2,80 gram.	Huile essentielle de térébenthine.	15 gram.
Huile essentielle de sabine	15 gram.	Ammoniaque	60 gram.

Le malade se frictionne de ce liniment au sortir du bain.

Kopp vante l'usage externe du mélange suivant :

Baume de copahu	ãã 75 gram.	Huile de sabine	4 gram.
— du Pérou			

On imbibe de ce mélange un plumasseau de charpie et on l'applique sur le point malade.

On sent combien il serait nécessaire de pouvoir étudier les faits, pour juger de la valeur réelle de ces moyens, qui sont d'ailleurs compliqués.

Les *cataplasmes de feuilles de choux* ont été recommandés contre la goutte, aussi bien que contre les douleurs rhumatismales. M. le docteur Labonnardière (3) cite deux cas dans lesquels l'application de feuilles de choux, amorties sur la flamme, a dissipé complétement la maladie. On trouve des exemples semblables dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (4).

Il y a eu un grand nombre de remèdes secrets contre la goutte, je ne peux en mentionner aucun.

Je n'ai pas, dans ce qui précède, indiqué certaines *particularités du traitement local*, parce qu'il est on ne peut plus facile d'en comprendre la nécessité et d'en faire l'application. Si, par exemple, il survient une *ulcération* par suite de l'accumulation de la matière tophacée, on doit faciliter la sortie de cette matière. Si l'inflammation est très vive, en pareille circonstance, on emploie les émollients; si, au contraire, l'ulcère est blafard, atonique, on l'excite par des pommades un peu irritantes. Mais je n'insiste pas sur des particularités aussi simples.

Résumé. — Je ne saurais aller plus loin sans jeter un coup d'œil général sur les médications que je viens de passer en revue. Je n'ai, dans l'exposition du traitement, fait mention d'aucune des théories qui ont guidé les médecins dans le choix des moyens thérapeutiques; je n'y ai vu aucune utilité. Ce sont, en effet,

(1) *Union médicale*, 2 décembre 1852.
(2) Voy. *Gazette des hôpitaux*, et *Journ. des connaissances méd.-chir.*, 15 mai 1852.
(3) *Journ. de méd. et de chir. prat.*, juillet 1848.
(4) Avril 1848.

les résultats des médications qu'il nous importe de connaître, et malheureusement nous ne trouvons le plus souvent sur ce point que des assertions vagues et dénuées de preuves; c'est pourquoi j'ai accueilli avec empressement et présenté en détail les recherches de M. Rilliet, qui ont une si grande supériorité sur la plupart des autres.

Ce qui résulte de plus positif des détails dans lesquels je suis entré, c'est qu'il n'y a pas de remède spécifique contre la goutte; que l'usage des eaux thermales, et principalement des eaux de Vichy et de celles qui ont avec elles une plus ou moins grande ressemblance de composition, doit être vivement conseillé; que les émissions sanguines n'ont pas, à beaucoup près, le danger qu'on leur a supposé, qu'il en est de même de l'application du froid; qu'enfin les remèdes doivent être employés avec une très grande persévérance, si l'on veut en tirer tout le bénéfice qu'on doit en attendre.

Je n'ai pas, dans l'exposé précédent, indiqué les moyens destinés à dissoudre les concrétions par leur action chimique; on comprend pourquoi.

6° *Traitement de la goutte rétrocédée et des complications.* — La rétrocession de la goutte a pendant longtemps attiré l'attention d'une manière toute particulière, et surtout quand il s'est agi du traitement de cette maladie. Musgrave, qui a multiplié les divisions à l'infini, parle évidemment des diverses rétrocessions présumées, lorsqu'il traite des sujets suivants : *De arthritide ex colica; de arthritide asthmatica*, etc.... Sans doute il admet, dans les cas de ce genre, l'affection non articulaire comme cause; mais parfois aussi il la regarde comme résultat, et c'est ce qui a été imité par beaucoup d'auteurs. Ce que j'ai dit plus haut, à propos de la rétrocession de la goutte, me dispense d'entrer dans de grands détails sur son traitement. Si, en effet, nous ne voyons guère, dans les affections internes qui surviennent chez les goutteux, que des maladies secondaires conservant leurs caractères particuliers, il suffit évidemment de renvoyer au traitement de ces maladies, dont on mesure l'intensité sur la violence des symptômes. Jusqu'à ce que nous ayons sur ce point des études satisfaisantes, nous en serons réduits à cette indication générale. Pringle et Cullen ont vanté l'emploi du *musc* dans les cas où il existe des phénomènes nerveux considérables.

Mais il est un autre point de vue sous lequel on peut considérer cette partie du traitement. Si la douleur articulaire a diminué, si les autres symptômes locaux se sont en partie dissipés, pendant que les accidents du côté des organes internes se sont développés, on cherche à *rappeler la goutte* dans les articulations affectées. A plus forte raison, doit-on chercher à le faire, si les symptômes locaux ont complétement disparu. Enfin, lorsque la douleur est mobile, qu'elle se porte tantôt sur une articulation, tantôt sur une autre, et qu'elle alterne avec des symptômes thoraciques, abdominaux, cérébraux, on emploie des moyens propres à la maintenir dans un ou plusieurs articles : c'est ce qu'on appelle *fixer la goutte.*

Pour remplir les indications que je viens de mentionner, on a recours à des applications irritantes. On couvre les articulations où la douleur s'est principalement manifestée de *sinapismes*, de *cataplasmes excitants*, comme celui de Pradier ou celui de Riolan; on frictionne les parties avec un *liniment ammoniacal;* on y fait des *lotions stibiées*, ou *au sublimé;* enfin, on a recours au *vésicatoire*, au

cautère, et même au *moxa*. Les vésicatoires sont principalement employés dans le but de *fixer la goutte*.

Ayant considéré la plupart des accidents qui surviennent du côté des organes internes comme de simples affections secondaires ou intercurrentes, je n'ai rien à ajouter sur le traitement des *complications*. La *gravelle* et la *néphrite goutteuses* demandent seules quelques détails, je les donnerai aux articles *Gravelle* et *Néphrite*.

Quant à la *goutte interne*, elle ne nous présente aucune considération particulière. Certains auteurs ont appelé goutte interne toutes les affections qui surviennent chez les goutteux : c'est un abus; d'autres entendent par goutte interne la goutte rétrocédée, je viens d'en parler, et, pour la goutte interne proprement dite, on peut affirmer que son existence est loin d'être mise hors de doute.

5° *Traitement prophylactique.* — Le traitement prophylactique peut se résumer ainsi qu'il suit : Être sobre; s'abstenir presque complétement de boissons alcooliques. Éviter l'oisiveté; ne pas trop se livrer aux travaux de cabinet, mais prendre un exercice actif tous les jours, et, s'il est possible, se livrer à quelques travaux corporels. L'exercice doit être pris en plein air (1). On trouve, dans tous les auteurs, des exemples de goutte qui s'est dissipée ou qui est revenue avec la mauvaise et la bonne fortune; par conséquent, les goutteux doivent s'interdire, autant que possible, tout ce qui touche au luxe; se tenir constamment à l'abri du froid humide, avoir surtout les pieds constamment chauds; ne pas se livrer trop fréquemment à l'acte vénérien; aller tous les ans, s'il se peut, aux eaux thermales: voilà les moyens qui complètent le traitement prophylactique. De toutes les drogues qu'on a données comme spécifiques pour prévenir les attaques de goutte, il n'en est aucune qui mérite la confiance du praticien.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement de la goutte aiguë.* — Émissions sanguines; sudorifiques; purgatifs; colchique; narcotiques; froid; phosphate d'ammoniaque; applications excitantes.

2° *Traitement de l'attaque.* — Émissions sanguines; froid; eau chaude en abondance; hydrothérapie; applications excitantes; narcotiques; chloroforme; position; diète.

3° *Traitement de la goutte chronique.* — Applications excitantes; alcalins; eau de Vichy; eaux thermales diverses; sudorifiques; amers; toniques; narcotiques; antimoine; mercuriaux; moyens divers; antigoutteux; particularités du traitement local.

4° *Traitement de la goutte rétrocédée et des complications.*

5° *Traitement prophylactique.*

[Si nous faisions ici un traité complet de la goutte et des maladies goutteuses nous devrions décrire la *gravelle* et l'*hématurie* goutteuses. Mais nous de[illegible]

(1) Voy. Reveillé-Parise, *Guide des goutteux et des rhumatisants*. Paris, 1847, p. et suiv.

bandonner ce dessein, afin de ne pas scinder l'histoire de ces dernières affections, qui appartiennent, par leur localisation anatomique, au groupe des maladies des voies urinaires.]

ARTICLE V.

SCROFULE.

[Les travaux sur la scrofule sont extrêmement nombreux, et on peut les diviser en deux groupes : les uns sont analytiques, les autres synthétiques. Dans les premiers, tous les éléments, tous les divers modes d'expression de la scrofule sont isolés, étudiés à part, et la maladie se trouve ainsi démembrée. Dans les autres, au contraire, on étudie l'unité morbide, et l'on fait, par conséquent, un travail extrêmement profitable au point de vue de la pathogénie et de la thérapeutique. Parmi les ouvrages qui appartiennent à ce deuxième groupe, nous citerons surtout ceux de Kortum, Hufeland, Baudelocque, Lepelletier (de la Sarthe), Sat-Deygallières, Joseph de Véring; mais les plus importants sans contredit sont ceux de M. Milcent (1), de M. Lebert (2), et surtout ceux de M. Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis (3).

Nous ferons à ce dernier auteur les plus larges emprunts, et cet article ne sera qu'un long extrait des ouvrages de ce maître, qui seul fait maintenant autorité sur cette matière.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le mot *scrofule* est si expressif, et sa valeur est si bien connue de tout le monde, que la plupart des auteurs ont jugé inutile de donner une définition de la maladie à laquelle il s'applique, ou qu'ils ont donné des définitions vagues et incomplètes à travers lesquelles perce seulement une esquisse plus ou moins réelle de la maladie.

Lorsqu'on définissait la scrofule, un engorgement chronique des ganglions sous-maxillaires, suivi d'abcès froids et d'accidents généraux à marche lente, on partait bien d'un fait d'observation, la fréquence et l'apparition souvent primitive des engorgements en question, mais on donnait certainement une fort mauvaise idée de la maladie. Et, d'un autre côté, on s'appuyait sur une hypothèse, en disant avec M. le docteur Jolly, que la scrofule est « un état morbide général ou constitutionnel dans lequel les glandes et les vaisseaux lymphatiques, ainsi que les liquides qui les pénètrent, sont spécialement affectés. »

Nous dirons d'abord avec M. Bazin, que la scrofule appartient à ce groupe d'*affections constitutionnelles* qui se caractérise par des lésions très multipliées et par des produits morbides très variés; et que, sous ce rapport, elle se rapproche de la syphilis et des maladies arthritiques (goutte, rhumatisme); tandis qu'elle diffère des *diathèses* proprement dites, parce que celles-ci ne se caractérisent que par la production et l'évolution d'un seul produit toujours identique avec lui-même. Voici

(1) *De la scrofule*. Paris, 1846.
(2) *Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses*, in-8. Paris, 1849.
(3) *Cours de séméiotique cutanée*, extrait de la *Gazette des hôpitaux*, in-8. Paris, 1856. — *Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule*, in-8. Paris, 1858.

maintenant la définition de cet auteur et son opinion sur la fréquence de la maladie.

« La scrofule est une maladie constitutionnelle, non contagieuse, le plus souvent héréditaire, d'une durée ordinairement fort longue, se traduisant par un ensemble d'affections variables de siége et de modalité pathogénique, qui ont cependant pour caractère commun la fixité, la tendance hypertrophique et ulcéreuse, et pour siége ordinaire les systèmes tégumentaire, lymphatique et osseux.

» La scrofule a été connue et dénommée dès la plus haute antiquité; elle est indiquée ou décrite dans tous les traités généraux de médecine; elle a fait le sujet d'un nombre très considérable de monographies, de notes, de mémoires, etc... Il n'est pas dans le cadre nosologique de maladie plus commune. Nous la trouvons partout, mais surtout en France, en Angleterre, en Hollande; les ravages qu'elle fait dans l'espèce humaine sont véritablement effrayants, et je ne crains pas de dire qu'elle enlève plus de victimes que les grandes épidémies de peste ou de choléra. On la rencontre à tous les âges, sur les deux sexes, dans toutes les classes de la société; il n'est peut-être pas une famille qui n'en offre au moins un exemple (1) ! »

La scrofule a été désignée aussi sous les noms de *strumes* et *affections strumeuses*, d'*écrouelles*, d'*humeurs froides*, etc.

§ II. — Causes.

Parmi les *causes prédisposantes*, la plus évidente, sans contredit, est l'*âge*. On sait que c'est dans l'enfance, et principalement de deux à dix ans, que se développe principalement la maladie scrofuleuse. Le *sexe*, d'après les recherches de M. Lepelletier (du Mans) (2), a une action également très évidente, puisque, parmi les scrofuleux, les femmes sont dans la proportion de 5 à 3. Le *tempérament lymphatique* est aussi regardé par le plus grand nombre des auteurs comme une des causes prédisposantes les plus efficaces; toutefois Guersant (3) n'admet pas l'existence de cette cause; et, comme lui, Baudelocque (4) fait remarquer que, parmi les malades, il en est un bon nombre qui n'ont aucun des attributs du tempérament lymphatique. Il faudrait des recherches toutes spéciales pour résoudre cette question.

Les conditions hygiéniques ont été particulièrement étudiées. Baudelocque (p. 60 et suiv.) est entré à ce sujet dans des détails très importants. On a regardé une *nourriture insuffisante*, composée principalement de végétaux, de légumes secs, de fruits non mûrs, en un mot, une nourriture peu succulente, comme une des principales causes de l'affection. Baudelocque a cité un très grand nombre d'exemples pour prouver que rien n'était moins fondé que cette assertion, et un des arguments les plus forts qu'il ait adressés à cette manière de voir, c'est que les aliments les plus divers ont été tour à tour regardés comme produisant les scrofules. Il ne sera possible de savoir à quoi s'en tenir sur ce point que lorsqu'il aura

(1) *Cours de séméiotique cutanée*, p. 39.
(2) *Traité complet sur la maladie scrofuleuse*. Paris, 1830.
(3) *Dictionnaire de méd.*, 1re édit., t. XIX.
(4) *Traité de la maladie scrofuleuse*. Paris, 1834.

objet de recherches statistiques nombreuses et faites convenablement. Passant ite en revue les différentes *boissons* auxquelles on a attribué la production des ules, Baudelocque étudie l'action de l'eau provenant de la fonte des neiges, e d'air, de mauvaise qualité; les vins acidifiés, le cidre; les boissons trop dantes, et il arrive encore à la même conclusion, c'est-à-dire que rien n'est s prouvé que leur influence. Les arguments qu'il apporte en faveur de sa ière de voir sont en effet très forts, et inspirent les plus grands doutes sur ctitude des auteurs qui ont admis l'existence de ces causes. Même résultat de men des faits par lesquels on a cherché à prouver que certains médicaments rtains poisons, comme les purgatifs, le mercure, le plomb, donnaient lieu au loppement de la scrofule; il en est de même de la malpropreté, que Kortum (1) de comme une des causes les plus efficaces de la maladie dont il s'agit. C'est ment par de simples assertions que les auteurs, comme Kortum, Marc-Aurèle rin, Warthon et quelques autres, ont prétendu que les scrofules étaient dues étention de certaines sécrétions et excrétions; il faut en dire autant à propos lectricité, dont la diminution a paru à M. de Humboldt une cause de la scro- On voit que jusqu'à présent nous ne connaissons pas de cause bien évidente tte grave maladie.

rmi les *influences atmosphériques*, le défaut de lumière, une température airement basse, paraissent avoir une influence réelle sur la production de la die; mais c'est une simple présomption qui n'est point fondée sur des faits positifs. Quant à l'humidité, Baudelocque élève contre cette cause des objec- qui ne permettent pas de regarder son influence comme suffisamment ontrée. Pour cet auteur, l'*altération de l'air* est la cause principale de la scro- c'est dans les ateliers encombrés, c'est dans les rues étroites, dans les cham- où l'air ne peut pas être facilement renouvelé, ou qui sont trop étroites que celui qu'elles contiennent suffise à la respiration pendant la nuit, etc., d'après cet auteur, la scrofule est principalement produite. Il rapporte un grand nombre de faits qui viennent à l'appui de cette opinion. Ainsi, c'est cipalement dans les endroits où les maisons sont entassées, où les rues sont ites et tortueuses, où les chambres, peu étendues, sont occupées par un trop d nombre de personnes, qu'on trouve la plupart des scrofuleux. Ces faits sont ature à faire regarder la proposition de Baudelocque comme fondée. Toute- il faut reconnaître avec lui qu'un certain nombre des autres causes mentionnées ent favoriser l'action de ces dernières.

estent maintenant deux autres causes, qui sont l'*hérédité* et la *contagion.* istence de la première n'est mise en doute par personne. On a cité l'exemple fants scrofuleux au moment même de leur naissance, et l'existence héréditaire scrofule dans certaines familles est un fait qui a été fréquemment observé. tefois, nous ne savons pas quel est le degré d'influence de cette cause, dont ion a été très exagérée par Lugol (2). Quant à la contagion, c'est une opi- qui a été mise en avant, mais dont le peu de fondement est démontré chaque par le contact continuel d'enfants sains avec des enfants scrofuleux, et que

) *Comment. de vitio scrofuloso*, 1792.
) *Rech. et observ. sur les causes des maladies scrofuleuses*. Paris, 1844.

l'existence de l'hérédité a peut-être seule fait admettre. On voit combien sont vagues, malgré les écrits extrêmement nombreux que nous possédons sur cette matière, nos renseignements sur les causes de la scrofule. L'opinion de Baudelocque est, sans doute, la plus vraisemblable ; mais il ne serait pas inutile qu'elle fût soumise à des recherches plus rigoureuses.

On a souvent débattu la question de savoir si la cause primitive de la scrofule se trouve dans une *altération du sang*. M. Lebert (1), après avoir examiné les divers travaux sur ce point, et principalement ceux de Nicholson, est arrivé aux deux conclusions suivantes : « 1° L'existence des scrofules dans la masse du sang n'est point prouvée jusqu'à présent par l'observation directe ; 2° l'hypothèse que la dernière cause des scrofules réside dans une altération particulière du sang a pour elle des raisons de probabilité. »

Le même auteur a encore démontré la *non-existence d'une matière scrofuleuse particulière.*

§ III. — Symptômes.

« La marche de la maladie scrofuleuse nous présente quatre périodes bien distinctes à étudier. Souvent elle est précédée d'un état particulier du corps qui constitue la prédisposition scrofuleuse, et elle est fréquemment aussi suivie de diverses infirmités, telles que la claudication, l'ankylose ; de diverses mutilations, la perte du nez, des paupières, qui accusent par des stigmates indélébiles la nature du mal qui les a occasionnés.

» *Prédisposition à la scrofule.* — Voyons quel est cet état précurseur. La maladie n'est pas encore déclarée ; il y a seulement une prédisposition qui agit sur les organes, modifie leur évolution pendant le premier âge, trouble plus ou moins les différentes fonctions : c'est la scrofule en germe. On donne généralement comme l'un des caractères de la prédisposition à la scrofule le gonflement de la lèvre supérieure. Mais il ne faut pas vous y méprendre, c'est là un symptôme de la scrofule confirmée, et quand cette tuméfaction existe avec des fissures à la peau et un flux nasal, la maladie est déjà parvenue à un degré assez avancé. Doit-on encore, avec les auteurs, regarder le tempérament lymphatique exagéré comme une prédisposition manifeste à la scrofule ? Le développement trop marqué du système lymphatique appelle la scrofule sur ce système, mais il ne la fait pas naître ; il n'y a pas là relation nécessaire de cause à effet.

» Les traits de la constitution scrofuleuse consistent dans une modification toute particulière du facies, de l'habitude extérieure du corps, et spécialement des fonctions de l'économie.

» Le *facies* doit être étudié avec soin. Nous trouvons d'abord à noter la conformation du crâne, dont la partie postérieure est singulièrement développée : en même temps le front est bas, le cou court, et les mâchoires larges et fortement accusées. Mais ce qui doit surtout fixer votre attention, ce sont les contrastes que vous offrent les scrofuleux dans les traits divers de leur physionomie. Ici la coloration du visage est vive, animée ; là, au contraire, la face est pâle, ou plutôt d'un blanc terne et mat. Tantôt l'œil est vif, tantôt morne, languissant, presque éteint.

(1) *Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses.* Paris, 1849, p. 10.

z les uns, l'embonpoint est développé, le tissu graisseux est très abondant, il y a véritable polysarcie, mais en même temps les chairs sont molles et flasques. z d'autres, quoique doués d'un appétit énergique, il y a une maigreur consiible, la peau est blanche et rosée, ou terne et même brune: La chevelure est ôt épaisse, luxuriante même, tantôt rare et clair-semée. La physionomie est ilière et belle, ou bien, au contraire, irrégulière et dépourvue d'expression.

Relativement à la stature, le plus souvent la croissance semble avoir été enée dans son évolution ; le sujet a vingt ans, et il en accuse à peine quinze par apparence chétive et enfantine. D'autres sont d'une taille élevée, mais mal e; en général, chez les scrofuleux, il y a défaut d'harmonie entre les diffées parties du corps. Le thorax est aplati d'avant en arrière et sur les côtés à artie supérieure, et présente ainsi une forme quadrilatère ; le sternum est sout bombé en carène, et le ventre forme une saillie disgracieuse ; les membres iquent ordinairement de proportion avec le reste du corps, de là cette gaucherie s les attitudes et les mouvements que l'on observe chez tant de scrofuleux.

La colonne vertébrale est assez fréquemment déviée de différentes manières, s il ne faut pas confondre cette déviation avec celles qui sont d'origine rachie et qui peuvent atteindre des sujets scrofuleux dans leur première enfance. Ce t là des maladies très distinctes.

Les fonctions de l'économie sont modifiées de différentes manières, soit en s, soit en moins. Ainsi tantôt la nutrition est languissante, tantôt elle est gérée ; chez l'un les digestions sont promptes, faciles ; chez l'autre difficiles, ompagnées d'éructations gazeuses. L'état des forces est également très variable : tains sujets sont lents, paresseux ; d'autres sont actifs, laborieux, et cette paresse le résultat d'une véritable faiblesse, d'une sorte d'inaptitude au mouvement.

Même chose pour l'intelligence. Certains scrofuleux sont doués d'un esprit lant, d'une pénétration remarquable ; d'autres sont lourds, comme stupides ; tusion de leurs facultés peut aller jusqu'à l'idiotie. Ces malheureux cherchent, tous les moyens, à prolonger leur séjour à l'hôpital ; ils y passeraient volontiers e leur vie dans l'existence oisive que l'on y mène. Les facultés affectives sont re là diverses : ici le caractère est vif, emporté, là doux, patient, plein de manude et d'abnégation.

Relativement aux fonctions de la génération, le plus ordinairement la puberté retardée ; d'autres fois, cependant, elle est avancée. Très souvent, chez les ts du sexe féminin, la menstruation se déclare très tard ; et, quant aux appétits ériens, ils sont ardents ou languissants et presque nuls.

Symptômes de la scrofule. — Enfin la maladie proprement dite se manifeste..... nous pouvons reconnaître quatre périodes successives.

Première période (*scrofule primitive*). — Elle se place ordinairement entre remière et la seconde dentition. La scrofule se décèle par différentes affections lesquelles je dois appeler très sérieusement votre attention, parce qu'elles sont souvent méconnues. Ce sont surtout des gourmes, les croûtes de lait, les udo-teignes. Vous savez qu'on appelle ainsi l'eczéma et l'impétigo du cuir velu. Ces affections sont ordinairement très rebelles, s'accompagnent souvent tuméfaction, et se propagent souvent aussi aux bulbes pilifères. C'est là une des nifestations les plus communes de la scrofule à sa première période. Ces érup-

tions cutanées donnent souvent lieu à des engorgements ganglionnaires du cou; mais ces engorgements ne sont encore que sympathiques : ils n'ont pas de caractères scrofuleux, et ils cèdent avec la cause qui leur a donné naissance. Tout entière à son idée d'anatomie pathologique, l'école de Willan n'a étudié ces éruptions qu'à un seul point de vue, celui de la forme particulière des lésions par lesquelles elles se manifestent. La loupe à la main, ils ont étudié la vésico-pustule qui caractérise l'éruption; ils ont constaté que cette vésico-pustule est petite, acuminée, et renferme une matière assez épaisse et melliforme; ils lui ont donné le nom d'*achor*, sous lequel les anciens désignaient les éruptions du cuir chevelu, et ils n'ont pas vu que la ténacité, la fixité de cette affection, lui donnaient un caractère particulier en dehors de la lésion élémentaire. Du reste, cette vésico-pustule acuminée, à laquelle on attache tant d'importance, est très difficile à trouver, soit que sa durée soit très courte, soit qu'elle manque réellement.

» On observe en même temps des éruptions aphtheuses, l'induration et l'hypertrophie des amygdales : d'où résultent, comme conséquences, la dureté de l'ouïe et le ronflement pendant le sommeil.

» Pendant cette première période, nous avons encore à noter les *ophthalmies*, dans lesquelles l'inflammation attaque les diverses parties de l'œil et les paupières (orgeolet, induration des follicules de Meibomius).

» Le *coryza* habituel, l'enchifrènement avec gonflement de la lèvre supérieure, qui est souvent le siége d'érythèmes, d'éruptions impétigineuses, etc.

» L'*otorrhée*, soit permanente, soit à répétitions plus ou moins rapprochées.

» La *leucorrhée* chez les petites filles.

» Un *érythème* avec induration des joues, qui alterne souvent avec les ophthalmies spéciales.

» Les *engelures*, différentes formes d'*eczéma*, d'*impétigo*, d'*acne indurata* ou *rosea*, et même de *psoriasis*, remarquables surtout par leur ténacité.

» Pendant cette première période, nous trouvons surtout à signaler des affections que le premier nous avons désignées sous le nom de *scrofulides*, et qui affectent spécialement la peau et les muqueuses. Ces affections, quoique nous ayons noté leur ténacité, sont légères, en comparaison de celles qui se développeront plus tard.

» A la fin de cette période, on observe, soit comme phénomène de transition à la seconde période, soit comme effet sympathique, des éruptions du cuir chevelu, des engorgements ganglionnaires, qui s'enflamment et suppurent sous l'influence d'une nouvelle poussée scrofuleuse. Alors se forment des ganglionites tuberculeuses; des abcès se creusent; la peau se décolle, s'amincit, se détruit, et il se manifeste des ulcérations d'un aspect particulier et caractéristique. Mais alors ce ne sont pas seulement les ganglions cervicaux superficiels qui sont pris; le mal s'étend à ceux qui sont situés plus profondément, à ceux qui passent sous les clavicules, sous le sternum, à ceux des aisselles, etc., et là aussi il peut se former des abcès, des décollements, des fistules.

» Les engorgements ganglionnaires cervicaux sont faciles à reconnaître. Ils affectent un seul côté ou les deux côtés du cou; leur masse est quelquefois très considérable, et modifie singulièrement la physionomie. Le cou forme quelquefois alors un relief de chaque côté des mâchoires.

» Les ulcérations succédant à l'ouverture des abcès ont une durée plus ou moins

ligné; elles restent quelquefois stationnaires, ou bien elles se cicatrisent. Dans le premier cas, on les voit persister dans les périodes suivantes, se joindre aux nouvelles lésions qui se seront manifestées.

» Ces accidents divers de la scrofule primitive peuvent céder, et une guérison apparente survenir; mais plus tôt ou plus tard de nouvelles poussées amènent les désordres dont nous allons maintenant vous entretenir.

» Deuxième période (*scrofule secondaire*). — Les accidents qui se manifestent dans cette période ont un caractère de gravité plus prononcé; ce sont des scrofulides d'une nature beaucoup plus tenace que celles dont nous avons parlé plus haut, et qui affectent la peau et les muqueuses.

» Nous rencontrons ici :

» 1° Les différentes variétés d'*acné varioliforme*, que nous avons fait connaître pour la première fois il y a déjà quelques années (1), et le *lupus acnéique*, confondu par les auteurs avec l'*acne sebacea*.

» 2° Le *lupus* et ses formes diverses : les lupus érythémateux, eczémateux, tuberculeux; certaines variétés de lupus érythémateux désignées par Biett sous le nom d'érythème centrifuge.

» 3° L'*impetigo rodens* de Bateman et des auteurs modernes.

» 4° La *scrofule cutanée*, déjà indiquée par M. Rayer, mais que personne n'avait complétement décrite; elle se montre soit isolée, soit par groupes, et elle est caractérisée par des élevures papulo-tuberculeuses ou papulo-pustuleuses, qui s'ulcèrent, s'enflamment, etc. Souvent l'inflammation se transmet aux parties sous-jacentes, d'où la formation d'abcès superficiels; quelquefois enfin elle s'étend plus profondément, peut même aller jusqu'aux parties osseuses, mais sans les altérer.

» 5° Le *molluscum tuberculeux*.

» 6° Le *lupus impétigineux* des lèvres, de la vulve.

» 7° Les *catarrhes utérins* avec érosions granuleuses du col de l'utérus, dont l'origine et la nature réelles sont si souvent méconnues, et que l'on combat inutilement avec des moyens exclusivement locaux.

» 8° Enfin des *blennorrhagies* suivies de rétrécissements.

» Tandis que ces accidents se manifestent, il n'est pas rare de voir des engorgements plus ou moins considérables de ganglions situés dans le voisinage des parties qui sont le siége des affections que nous venons d'énumérer. Ces engorgements, comme ceux de la première période, sont encore seulement sympathiques.

» Pendant cette seconde période, les ulcérations du lupus peuvent faire de grands progrès et s'étendre même jusqu'aux surfaces osseuses.

» Troisième période (*scrofule tertiaire*). — Elle est surtout caractérisée par les lésions du système osseux. Les surfaces osseuses, les articulations, la continuité et le centre des os sont successivement envahis.

» Nous avons donc à considérer ici :

» 1° Des *abcès froids* enkystés; 2° des *périostites*; 3° des *tumeurs blanches*; 4° des *ostéites* raréfiantes ou condensantes; 5° des *caries* simples ou tuberculeuses; 6° des *nécroses*; 7° des *hyperostoses* avec ou sans carie; 8° des *spina-ventosa*,

(1) *Journ. des connaissances médico-pratiques*, 1851.

caractérisés par une inflammation des tissus médullaires avec dilatation des |
centrales de l'os et amincissement des parois.

» Les produits de la suppuration du système osseux qui forment les
d'abord sessiles, deviennent migrateurs, et gagnent le plus ordinairement la s
tégumentaire ; ils forment collection sous la peau, amincissent, perforent
membrane, se font jour à l'extérieur, et laissent à leur suite des trajets fist
des décollements, etc.

» Quelquefois ces collections vont aboutir à la surface tégumentaire in
qu'elles perforent par un travail d'ulcération ; le pus tombe dans l'intestin et
sortir par l'anus.

» Enfin, dans des cas plus rares, l'abcès par congestion s'ouvre dans la ves
le pus est rejeté par l'urèthre avec les produits de la sécrétion urinaire.

» C'est pendant cette période que se montrent les symptômes dits *géné*
Les traits du visage s'altèrent ; le visage lui-même prend une teinte pâle bien
noncée ; les forces se perdent graduellement ; on voit se manifester les signes
cusables d'une altération du sang, des infiltrations séreuses dans les membr
parfois même de l'albuminurie. Les fonctions digestives sont le plus ordinair
altérées ; la diarrhée se déclare, par intervalles d'abord, puis d'une manière p
nente. L'amaigrissement fait des progrès. Le pouls est quelquefois accéléré ;
en général on n'observe pas les phénomènes de la fièvre hectique. La suet
particulier, fait presque toujours défaut.

» Par le fait des accidents survenus pendant cette période, la maladie p
terminer d'une manière funeste. Le plus ordinairement la mort a lieu par l'é
ment graduel des forces et de la sensibilité ; mais dans quelques cas elle su
par suite d'une affection intercurrente, une pleurésie, par exemple. Ailleu
est la conséquence d'une rupture vasculaire. Enfin j'ai vu, dans plusieurs c
caillot arrêté dans une artère ou dans une veine amener un obstacle à la ci
tion ; d'où un sphacèle mortel des parties situées au-dessous.

» QUATRIÈME PÉRIODE (*scrofule quaternaire* ou *viscérale*). — Dans le
périodes précédentes, les déterminations de la scrofule avaient lieu sur l'ap
tégumentaire interne ou externe, sur l'appareil ganglionnaire lymphatique, s
tissus cellulaires, ligamenteux ou osseux ; dans la quatrième période, ce so
viscères qui vont se trouver pris.

» Tantôt les affections dont nous allons parler se montrent dans leur ordre
lier de succession, c'est-à-dire qu'elles apparaissent à la suite de celles qu
caractérisé les périodes précédentes ; d'autres fois, il faut bien le savoir, elles é
tent d'emblée ; mais, dans ce dernier cas, le danger est très grand ; il est bien
que la thérapeutique puisse en triompher. La scrofule viscérale consécutive
plus de chances favorables.

» Quelles sont donc les affections qui constituent la scrofule quaternaire ou
cérale ? Ce sont :

» 1° La *phthisie bronchique* ou *pulmonaire*, ayant pour lésion anatomiq
tubercule.

» 2° La *phthisie abdominale*, comprenant le carreau et la péritonite tubercule
différentes tumeurs du foie ou du pancréas ; tumeurs de nature diverse : fibro-
tiques, cancéreuses, dégénérescences graisseuses, etc. ; les altérations du rein

nnent lieu à l'albuminurie (maladie de Bright); diverses tumeurs de l'ovaire, rtaines indurations de l'utérus, etc.

» 3° La *phthisie cérébrale*. Ici se rangent la méningite tuberculeuse ou granuse; les tubercules dans le cerveau ou le cervelet. Les convulsions qui se monent alors sont ordinairement la conséquence de la tuberculisation dans l'appareil erveux central, tandis que les troubles de la sensibilité et du mouvement, que 'on observe dans la période précédente, sont plutôt dus à une compression du rveau ou de la moelle, occasionnée surtout par des dépôts ayant pour point de épart une affection du système osseux du crâne ou de la colonne vertébrale (maadie de Pott.)

» 4° La *scrofule mammaire* ou *testiculaire*. Chez la femme, le sein devient le iége de tumeurs de nature diverse : tuberculeuses, fibro-plastiques, etc. Chez l'homme, même chose pour le testicule.

» 5° La *cachexie scrofuleuse*. N'est point exclusivement propre à la quatrième période; elle est commune à toutes les autres, mais surtout aux deux dernières. Elle résulte de l'épuisement de la constitution par les suppurations abondantes, les souffrances prolongées, etc. (1). »

Comme on le voit, la scrofule comprend un très grand nombre de manifestations diverses : ici c'est une ulcération, là c'est l'hypertrophie d'un tissu, là une affection de la peau, et d'autres fois c'est le tubercule. Mais aucune de ces lésions n'est la scrofule elle-même; aucune n'en est le caractère anatomique. Et c'est ici que plusieurs auteurs sont tombés dans l'erreur. M. Lebert, en particulier, voyant que le tubercule n'est pas constant dans la scrofule, en a fait une affection tout à fait isolée, et il ne veut pas qu'aucune lésion tuberculeuse soit scrofuleuse. M. Bazin combat cette opinion, en faisant remarquer que la cause de ce faux raisonnement provient de ce que l'on confond la *maladie* et la *lésion*. Le tubercule st certainement, dans un grand nombre de cas, étranger à la scrofule, mais il peut ssi lui appartenir à titre de *lésion* ; et, dans ce cas, il n'est plus qu'un élément riable et non nécessaire de la maladie: c'est ainsi que la gravelle est quelquefois e maladie indépendante et quelquefois un élément de la goutte.

Il nous semble que c'est réellement ainsi qu'il faut comprendre la scrofule, et e ce point de vue est de la plus grande utilité pour le diagnostic et la thérapeuque; car, si la scrofule se manifeste particulièrement par des lésions qu'on peût trouver dans d'autres maladies, il ne s'agira, pour le diagnostic et la thérapeuque, que de rechercher si la lésion que l'on a sous les yeux se rattache d'une anière évidente, par sa marche, par ses caractères, par les manifestations antéeures, à la maladie scrofuleuse.

§ IV. — Formes et variétés.

Maintenant il nous resterait à décrire les formes et variétés de la scrofule, mais n comprend que cette étude ne peut être faite que dans une monographie; nous ous bornerons donc à une simple indication.

M. Milcent a distingué : 1° une *forme bénigne*, 2° une *forme maligne* ou *grave*, 3° une *forme fixe primitive*, 4° des *affections symptomatiques* de la scrofule.

(1) Bazin, *Cours de séméiotique cutanée*. In-8, Paris, 1856.

M. Bazin réduit toutes les manifestations si variées de la scrofule à sept formes principales :

1° La *scrofule régulière et complète*, dans laquelle les périodes se succèdent dans l'ordre précédemment indiqué. Cette forme n'est pas la plus fréquente.

2° La *scrofule incomplète*. C'est la forme vulgaire des auteurs ; il y en a plusieurs variétés. Ici des ophthalmies ouvrent la scène ; à ces ophthalmies et sans ganglionites intermédiaires, a succédé le *lupus ;* ailleurs ce sont encore des ophthalmies qui se sont manifestées les premières, mais le phénomène principal, c'est l'apparition de tumeurs blanches, d'ostéites ; dans d'autres cas, la première et la seconde période font défaut, et la troisième se montre d'emblée, etc.

3° La *scrofule bénigne* est caractérisée par le plus faible degré des accidents de la première période.

4° La *scrofule maligne* est le degré le plus élevé et le plus grave des affections qui constituent la scrofule.

5° Dans la *scrofule phagédénique*, la tendance à l'ulcération, commune à toutes les variétés de la scrofule, est singulièrement exagérée, et elle se manifeste dès le début. Le phagédénisme se joint souvent à la forme suivante ; il ne faut pas le confondre avec la pourriture d'hôpital qui est contagieuse.

6° La *scrofule fixe primitive* n'est accusée que par une seule affection qui se montre au début et persiste pendant tout le cours de la maladie. Tantôt c'est une ophthalmie, tantôt un lupus, ailleurs une tumeur blanche. C'est ici que se montrent souvent les accidents du phagédénisme.

7° La *scrofule larvée* emprunte l'appareil symptomatique d'une autre maladie. Ainsi, elle pourra revêtir l'apparence d'une phlegmasie, d'une phthisie, d'une fièvre typhoïde. Il faut considérer la méningite granuleuse comme une forme larvée de la scrofule ; nous devons en dire autant de la péritonite tuberculeuse. La diathèse tuberculeuse générale n'est autre chose qu'une forme larvée de la maladie qui nous occupe.

§ V. — Marche, durée, terminaison.

Nous empruntons encore à M. Bazin quelques considérations sur la marche de la scrofule.

Irrégularités. — « La scrofule, dans son évolution, ne suit pas toujours l'ordre régulier dont nous venons d'esquisser à grands traits le tableau ; certaines périodes peuvent manquer, mais ces irrégularités ne sont pas aussi communes qu'on pourrait le croire. Les accidents propres aux premières périodes ont pu se montrer mais à un faible degré, et échapper ainsi à l'attention du malade et même du médecin qui lui a donné des soins dans son enfance. Nous l'avons dit, la portée réelle du phénomène qui caractérise la première période est aujourd'hui trop souvent méconnue ; nous en avons chaque jour la preuve. Enfin, certains malades, mus par un sentiment de crainte ou de fausse honte, que vous rencontrerez souvent dans la pratique pour diverses affections, mais surtout pour celles qui accusent un vice congénital ou acquis, telles que les dartres, la scrofule ou la syphilis, certains malades, dis-je, vous déguiseront la vérité. Il leur semble qu'en trompant le médecin et en cachant leurs antécédents, ils atténueront la gravité de

mal. Il faut être en garde contre cette source d'erreur, et presser le malade uestions, soit pour rappeler ses souvenirs, s'il est de bonne foi, soit pour le er à dire la vérité, s'il cherche à la dissimuler.

Dans certains cas, la scrofule est à l'état latent, et c'est une cause extérieure bien une affection morbide qui vient l'éveiller, en déterminer le siége et lui ner ainsi, dès le début, les caractères d'une période plus avancée. Ainsi, un), une chute, peuvent, chez un sujet fortement prédisposé, amener une tumeur che de l'articulation lésée, des abcès froids suivis de fistules ou de caries dans parties contuses.

Comme on le voit, dans ces cas la scrofule tertiaire se montrera d'emblée. urs, c'est une pleurésie qui déterminera une éruption de tubercules dans le mon, c'est-à-dire la scrofule du quatrième degré.

Dans certains cas, la maladie suspend brusquement sa marche, soit dans le rs de l'une de ses périodes, soit dans un intervalle, soit à une époque de transi-, et donne ainsi au patient un sursis de plusieurs années, pendant lesquelles la rison semble complète. D'autres fois, l'ordre des périodes est interverti. La die débute par des engorgements ganglionnaires qui s'ulcèrent; puis viennent nouvelles poussées, etc. Ailleurs encore la scrofule secondaire fait défaut, et la nière et la troisième s'enchaînent sans intermédiaire; ou bien enfin ces deux odes se confondent, et marchent parallèlement.

On observe également de grandes irrégularités dans la durée de ces différentes ses d'évolution.

Relativement à l'époque de l'invasion, la maladie débute à tous les âges, mais particulièrement dans les premières périodes de la vie; ce n'est que très rare-t qu'on la voit survenir dans la vieillesse. Je ne puis partager les idées de le docteur Dumoulin, qui regarde le lichen, le pemphigus et le prurigo des lards comme de nature scrofuleuse; je ne puis voir là que de véritables res (1). »

larche chronique. — La marche de la scrofule est ordinairement chronique, et aladie dure des années. Mais le mal n'est pas toujours en éveil : on voit par rvalles la santé se rétablir, puis les accidents reparaissent; quelquefois alors le même organe qui est repris, et c'est le même genre de lésion qui se repro-; d'autres fois le contraire a lieu.

La puberté, le mariage, l'âge critique chez les femmes, ont quelquefois une de influence pour activer ou ralentir les progrès de la maladie. La scrofule ueuse ou catarrhale est plus intense pendant l'hiver, et la scrofule cutanée se ille habituellement au printemps. Enfin, ajoute M. Bazin, les climats chauds une action incontestable, mais plus particulièrement sur les sujets qui ont té antérieurement des régions moins favorisées. Le régime, les agents théra-iques modifient également la marche de la scrofule. »

larche aiguë. — On voit quelquefois, par exception, la scrofule suivre une che aiguë. « Sur un enfant de deux ans, M. Luton a observé, en quelques jours, tuberculisation pulmonaire, une dégénérescence des ganglions bronchiques et entériques, un eczéma, un érysipèle, une conjonctivite, un coryza, une bron-

) Bazin, *loc. cit.*

chite à flux mucoso-purulent. Tous ces symptômes se sont rapidement terminés p la mort (1). »

Il est diverses circonstances qui précipitent ainsi le cours de la maladie : l inflammations plus ou moins répétées, une maladie fébrile comme la rougeole, scarlatine, etc., peuvent hâter l'évolution des diverses lésions locales.

Durée. — Elle est généralement très longue, et pour s'en convaincre, il suf en parcourant une salle de scrofuleux, de jeter les yeux sur les pancartes, et l' verra que la plupart des malades sont admis depuis cinq, six, huit mois, et mê depuis plusieurs années.

Terminaison. — « Une guérison radicale, définitive, peut être obtenue, cela incontestable. On a parlé de crises, d'éruption furonculeuse, de la formation d'a cès à la suite desquels on voyait les accidents marcher rapidement vers la guéris Je n'ai jamais rien vu de semblable. La mort est assez commune : elle arrive plus souvent d'une manière graduelle, par le fait des progrès de la cachexie. Qu quefois elle succède à un accident, et arrive alors prématurément. Ici c'est u hémorrhagie rapidement mortelle, là c'est un caillot qui ferme le calibre d'u artère et amène le sphacèle des parties situées au-dessous; ailleurs, c'est l'act mécanique d'une tumeur scrofuleuse sur un organe très important situé dans voisinage. Une masse tuberculeuse placée sur le trajet des grosses bronches comprimer les canaux aériens et donner lieu à une asphyxie progressive. D'aut fois, une vomique va s'ouvrir dans les bronches, et ici l'asphyxie sera instantan Dans d'autres cas enfin, c'est une perforation du péritoine qui amènera une pé tonite suraiguë. Je possède des exemples de ces différentes terminaisons (2). »

§ VI. — Lésions anatomiques.

Il est inutile d'entrer dans de grands détails sur les *lésions anatomiques* q laisse après elle la maladie scrofuleuse. Des foyers plus ou moins profonds creu sous la peau et contenant souvent de la matière tuberculeuse; les lésions des les ulcères, etc., ne demandent pas une description particulière dans un traité la nature de celui-ci, il suffit de les mentionner.

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* de la scrofule ne présente pas ordinairement de grandes difficult cependant l'*engorgement chronique des ganglions*, et divers symptômes de *syph lis constitutionnelle*, pourraient, dans quelques cas, induire en erreur. On dist guera le simple engorgement inflammatoire des ganglions, de l'engorgement sc fuleux, aux caractères suivants : dans cette affection, les ganglions sont ordinai ment douloureux dès le début; on trouve aux environs soit une inflammation, s une maladie de la peau qui a donné lieu à leur gonflement et qui disparaît dès qu' s'est rendu maître de ces affections; enfin la constitution ne paraît nullement alt rée. Quant aux *accidents syphilitiques*, ce n'est point sur les ganglions qu'ils po

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, 1856, p. 43. — Cavasse, *Annuaire des scienc méd.*, 1857.

(2) Bazin, *loc. cit.*

tent leur action lorsqu'ils sont véritablement consécutifs, à moins toutefois qu'une ulcération secondaire ne soit la cause de l'inflammation ganglionnaire; mais alors l'existence même de l'ulcération caractéristique lève tous les doutes. Dans le plus grand nombre des cas, c'est sur la peau et sur les os que le virus syphilitique agit. Il faut signaler une exception relative aux *ganglions cervicaux*. Mais il suffit de remarquer que dans la syphilis constitutionnelle ce sont les ganglions situés derrière le bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien qui s'engorgent, tandis que dans la scrofule ce sont principalement les ganglions sous-maxillaires. Les premiers d'ailleurs sont petits, isolés, en chapelet, et les seconds se réunissent en masse bosselée. J'exposerai dans l'article consacré aux *syphilides* les caractères particuliers de ces affections. Relativement aux *lésions des os*, les douleurs ostéocopes nocturnes, qui accompagnent celles qui sont dues à la syphilis, sont le meilleur caractère distinctif; enfin la connaissance des antécédents vient, dans le plus grand nombre des cas, éclairer le diagnostic.

Je me bornerai à ces détails sur le diagnostic différentiel, parce qu'il n'est point d'autre affection que l'on puisse craindre sérieusement de confondre avec la scrofule.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la scrofule et de l'engorgement chronique des ganglions.*

SCROFULE.	ENGORGEMENT CHRONIQUE DES GANGLIONS.
Tumeur ganglionnaire apparaissant souvent sans cause déterminante appréciable.	*Tumeur* se développant sous l'influence d'une irritation voisine (inflammation) des muqueuses, maladie de la peau.
Indolente au début.	*Douloureuse* au début.
Ne disparaissant pas avec les inflammations voisines.	*Disparaissant* en même temps que les inflammations voisines, ou peu après.
Constitution altérée dès que la maladie a fait quelques progrès.	*Constitution* non altérée.

2° *Signes distinctifs des lésions des os dans la scrofule et dans la syphilis constitutionnelle.*

LÉSION DES OS DANS LA SCROFULE.	LÉSION DES OS DANS LA SYPHILIS.
Peu douloureuse au début.	*Douleurs ostéocopes* nocturnes.
Antécédents : pas de maladie syphilitique.	*Antécédents* : symptômes syphilitiques primitifs.

La maladie syphilitique étant très fréquente, beaucoup d'individus réellement scrofuleux auront nécessairement éprouvé antérieurement des symptômes vénériens. Ce n'est donc que par une étude très attentive des faits que les renseignements pourront être appréciés à leur juste valeur.

Le *pronostic* de la scrofule dépend évidemment presque toujours des progrès qu'a faits la maladie; mais s'il n'existe encore qu'un petit nombre de symptômes locaux, un peu de gonflement des ganglions du cou, ou même si, la suppuration s'étant emparée de ces ganglions, toute la maladie paraît encore concentrée dans cette région, on doit espérer de rendre le malade à la santé. Cependant il n'est encore que trop de cas où la cause générale ne peut être détruite, et où l'affection

marche d'une manière certaine, quoique lente, à une terminaison fatale. Lorsqu les os sont altérés, et que les symptômes locaux sont très multipliés, la maladie es presque toujours au-dessus des ressources de l'art. Alors, en effet, non-seulemen la cause générale résiste puissamment au traitement le mieux dirigé, mais encor les symptômes locaux viennent, par les désordres qu'ils occasionnent, ajouter à l gravité de la maladie.

§ VIII. — Traitement.

Le traitement est le point qui a le plus occupé les médecins, et les expériences ce sujet ont été si nombreuses, que nous possédons une multitude de médicament pour combattre cette affection rebelle. Malheureusement nous allons voir que, dan ce grand nombre, il en est bien peu qui se recommandent par une efficacité réelle L'affection se montrant primitivement avec des caractères de débilité générale c'est d'abord aux amers, aux toniques, aux ferrugineux qu'on a eu recours. L *vin*, le *sirop antiscorbutique*, l'extrait, la décoction de *quinquina*, ont été presqu généralement prescrits. Chaque médecin a adopté des formules particulières, (associé entre elles des substances très variées; je vais indiquer quelques-unes d ces formules.

Amers, toniques. — Je viens de dire que le vin antiscorbutique et le sirop avaie été souvent administrés. Je renvoie, à ce sujet, à la description du scorbut. M. L Pelletier (de la Sarthe) prescrit un vin amer dont la composition est la suivante

℞ Vin blanc.................. 1 litre. | Racine de gentiane............ 30 gram

Faites-y infuser :

Racine de raifort sauvage.... 8 gram.	Cannelle................. 2 gram.
Écorce d'orange........... 4 gram.	Carbonate de potasse....... 4 gram.

Renfermez le tout dans une bouteille bien bouchée, et exposez-la pendant trois jours l'action des rayons solaires ; après ce temps, passez et conservez pour l'usage.

A prendre un quart de verre tous les matins pour les adultes, deux cuillerées seulemen pour les enfants ; si l'excitation produite est trop forte, affaiblir la liqueur avec deux tie d'eau sucrée.

Quelques médecins prescrivent simplement une forte décoction de *houblon*, (d'autres accumulent, au contraire, un très grand nombre de substances excitante et toniques. Je ne crois pas devoir présenter ces formules, qu'il est très facile d trouver.

M. Négrier (1) a cité un assez grand nombre de faits qui prouvent l'utilité de *feuilles de noyer* dans cette maladie. Voici comment on administre ce médica ment; je laisse parler l'auteur :

TRAITEMENT DE LA SCROFULE PAR LES PRÉPARATIONS DE FEUILLES DE NOYER (NÉGRIER).

« Les *infusions* de feuilles de noyer sont faites en jetant une forte pincée de ces feuilles coupées dans 250 grammes d'eau bouillante; on édulcore avec du sucre

(1) *Sur le traitement des affect. scroful. par les prépar. de feuilles de noyer* (*Arch. gén. de méd.*, 3e série, 1841, t. X, p. 399, t. XI, p. 41).

n avec le sirop dont je vais indiquer ci-après la préparation. J'ai toujours ait prendre de *deux à trois tasses* de cette infusion par jour; on peut en donner *cinq*.

» La *décoction* de feuilles de noyer, qui agit si avantageusement en *lotions* et comme *topique*, dont on imbibe les plumasseaux pour panser les ulcères scrofuleux, doit être plus chargée que l'infusion. J'emploie une petite poignée de feuilles pour 1 kilogramme d'eau, et la coction est prolongée dix à quinze minutes. Elle est également fort utile en *bains locaux* et même généraux; son efficacité est surtout remarquable en *injections* dans les trajets fistuleux.

» L'*extrait* est préparé avec les feuilles de noyer par la méthode de déplacement. En employant les feuilles sèches, on a de la sorte le moyen de renouveler cette préparation, autant qu'on en a besoin, pendant toutes les saisons, tandis qu'en se servant des feuilles fraîches, il faut en préparer une trop grande quantité, et l'on s'expose à la voir s'altérer.

» On prépare le sirop de feuilles de noyer avec l'extrait, en en mêlant 40 centigrammes à 30 grammes de sirop simple.

» On sait ainsi quelles sont les doses du médicament qu'on administre. On peut aussi préparer le sirop avec les feuilles vertes; il est alors plus aromatique que celui qui est composé avec l'extrait, mais on ne peut pas apprécier aussi exactement la quantité du médicament que prend journellement le malade.

» *Aux jeunes enfants*, je donne *deux ou trois cuillerées à café de sirop* dans les vingt-quatre heures; pour les *adultes*, je n'ai jamais dépassé 64 *grammes*. *La dose ordinaire pour ces derniers* est de 30 à 40 grammes.

» Les *pilules d'extrait de feuilles de noyer* sont chacune de 20 centigrammes d'extrait rendu solide par une quantité suffisante de poudre de feuilles de noyer.

» J'en fais prendre *deux* par *jour;* je n'ai jamais *dépassé* le nombre de *quatre*.

» Enfin, dans quelques cas où il peut être utile de faire faire des *frictions* sur la région malade, j'emploie la *pommade* suivante :

℞ Extrait mou de feuilles de noyer	30 gram.	Axonge	40 gram.
		Huile essentielle de bergamote	0,15 gram.

» Les frictions doivent être faites doucement, et pendant *un quart d'heure* environ, *deux fois par jour*. »

Dans un autre mémoire publié plus récemment (1), l'auteur donne une série d'observations recueillies tant par lui-même que par plusieurs médecins étrangers, et dans lesquelles il constate l'efficacité de ce traitement.

« Aux préparations déjà connues, j'ai ajouté, dit-il, un *vin* dit de *noyer*. On le prépare en faisant macérer de 50 à 60 grammes de feuilles fraîches, ou dix à douze noix recouvertes de leur drupe, coupées en fragments, dans un litre de vin de Malaga ou de Lunel; en hiver on prépare ce vin avec 15 à 20 grammes d'extrait par litre. Il se donne par cuillerées, matin et soir, après les repas. »

Les *ferrugineux* ont été dès longtemps vantés. Baglivi les a recommandés

(1) *Arch. gén. de méd.*, avril 1850.

comme très efficaces; il associait la préparation ferrugineuse avec la rhubarbe. (
peut adopter la formule suivante, proposée par Richter (1) :

℞ Fer pulvérisé............	8	gram.	Racine de rhubarbe et de cannelle pulvérisée.........	āā 1,25 gr
Racine de gentiane en poudre.	2,50	gram.	Extrait d'absinthe	Q. s.

Faites des pilules de 1 décigramme, dont on prendra de trois à quatre, deux ou trois par jour.

Il est facile de multiplier les préparations de ce genre.

Les médicaments que je viens d'indiquer ont paru sans doute, dans un a
grand nombre de cas, avoir un effet avantageux; mais comme on n'a pas t
compte des diverses circonstances, des modifications qu'on a fait éprouver du
régime, de l'évolution de la puberté, etc., il est impossible de se faire une
satisfaisante de l'efficacité réelle de ces médicaments. Aussi a-t-on toujours che
d'autres moyens qui agissent directement contre la scrofule, et a-t-on so
annoncé la découverte de divers spécifiques.

Préparations iodurées. — Aucun médicament n'a eu, dans ces derniers te
une plus grande vogue que l'iode et ses diverses préparations. C'est princi
ment à Lugol (2) que l'on doit la propagation de ce médicament, qui ava
n'avait été employé que dans des cas particuliers. Ce médecin l'administrait en
son, sous forme de bains, en injection dans les trajets fistuleux; enfin so
formes les plus diverses. Voici les différentes solutions qu'il prescrivait habit
ment à ses malades; elles sont désignées par des numéros d'ordre qui anno
leur degré de force :

	N° 1.	N° 2.	N° 3.	
℞ Iode......................	0,10	0,15	0,20	gram.
Iodure de potassium	0,20	0,30	0,40	gram.

Faites dissoudre dans :

Eau distillée.............	500	500	500	gram.

Ces préparations sont employées uniquement dans le *traitement externe;*
administre en *lotions*, en *collyres* dans les ophthalmies, en *injections* dans le
jets fistuleux, etc. Dans le cas où cette solution ne serait pas assez forte, on la
placerait par la suivante :

℞ Iode.................. 30 gram. | Iodure de potassium........ 30 gra

Faites dissoudre dans :

Eau distillée........................... 500 gram.

Enfin on peut la rendre beaucoup plus concentrée; mais alors il faut se b
à l'appliquer avec un pinceau sur les surfaces ulcérées.

Le même auteur a indiqué les doses graduées propres à servir pour les *bai*
enfants et des adultes. En voici les formules :

(1) *Die Specielle Therap.*
(2) *Mémoire sur l'emploi de l'iode dans les scrofules.* In-8, Paris, 1829-30-31.

Pour les enfants.

	N° 1.	N° 2.	N° 3.	N° 4.
℞ Iode	2 gr. 50	3 gr.	3 gr. 75	5 gr.
Iodure de potassium	5 gr.	7 gr.	8 gr. 50	10 gr.

Faites dissoudre dans :

Eau distillée	180 gr.	180 gr.	180 gr.	180 gr.

Pour les adultes.

℞ Iode	8 gr.	10 gr.	12 gr.	16 gr.
Iodure de potassium	16 gr.	20 gr.	24 gr.	32 gr.

Faites dissoudre dans :

Eau distillée	180 gr.	180 gr.	180 gr.	180 gr.

Pour administrer ces bains, il suffit de verser cette solution dans l'eau de la baignoire.

A l'intérieur, Lugol administrait la préparation suivante :

℞ Iode	0,25 gram.	Eau distillée	45 gram.
Hydriodate de potasse	0,50 gram.		

On prescrira six gouttes de cette liqueur dans un demi-verre d'eau sucrée, deux fois par jour, le matin et une heure avant le dîner.

L'iode a encore été donné sous diverses autres formes, qu'il serait trop long d'énumérer ici. J'indiquerai plus loin quelques-unes des préparations le plus souvent employées.

Avant qu'on eût recours à l'iode même, on employait l'*éponge brûlée* qui lui emprunte son efficacité, et dont les bons effets, dans quelques cas, ayant engagé à rechercher à quel principe le médicament devait sa vertu, ont fait découvrir ces propriétés thérapeutiques de l'iode. Rust associe l'éponge brûlée à d'autres substances, comme on peut le voir par la formule suivante :

℞ Éponge brûlée	16 gram.	Oléosaccharum de fenouil	8 gram.
Feuilles de digitale de 0,20 à 0,40 gram.			

Mêlez. Pulvérisez ; divisez en douze paquets. Dose : de deux à trois par jour.

On a cité un bien grand nombre de faits en faveur des préparations d'iode. Lugol les regardait comme souveraines, et Baudelocque leur a reconnu de grands avantages. On ne peut point douter qu'elles ne soient utiles, et peu de praticiens se dispenseront de les mettre en usage. Toutefois leur degré d'efficacité n'est pas encore parfaitement établi.

M. le docteur Rochard (1) a vanté contre la scrofule l'*iodhydrargyrite de chlorure mercureux*. Il l'emploie sous forme de frictions, ainsi qu'il suit :

℞ Iodhydrargyrite de chlorure mercureux	1 gram.	Axonge	20 gram.

Mêlez.

(1) *Union médicale*, janvier 1847.

Faites, avec gros comme un pois de cette pommade, des frictions légères, sur les parties malades, soit aux aisselles, sur les cuisses, sur le dos, la poitrine,

Ce médicament a sur les tissus un effet irritant très prononcé. Il ne faut l' ployer qu'avec ménagement.

Avant de donner notre opinion sur cette médication, il faut nécessaire attendre que de nouveaux faits soient venus nous éclairer.

Préparations mercurielles. — Ces préparations doivent nécessairement at l'attention des médecins, non-seulement parce que le mercure est regardé co un des meilleurs fondants des engorgements chroniques, mais encore parce plusieurs auteurs ont pensé que, chez les scrofuleux, il existe un vice syphiliti héréditaire. Warthon, Lalouette, Pitschaft et plusieurs autres les ont fortem recommandées. Ce dernier administre à l'intérieur le *cinabre factice* (sulfure) au *précipité rouge* (oxyde rouge) *de mercure*, d'après les formules suivantes :

1° *Chez les enfants d'un à deux ans.*

℞ Cinabre factice	1,20 gram.	Précipité rouge	0,05 gra
Feuilles de ciguë	0,10 gram.	Sucre blanc	15 gra

Mêlez. Divisez en vingt-quatre paquets égaux. Dose : un le matin et un le soir.

2° *Chez les enfants de cinq à six ans.*

℞ Cinabre factice	1,60 gram.	Précipité rouge	0,05 gra
Feuilles de ciguë	0,25 gram.	Sucre blanc	20 gr

Mêlez. Divisez en vingt paquets. Dose : un le matin et un le soir.

Chez les sujets plus âgés, la dose de la ciguë doit être portée à 0gr,50, et cel du cinabre à 2 grammes; on divise la poudre également en vingt paquets, dont donne un le matin et un le soir.

M. Gibert (1) a vivement recommandé le deuto-iodure de mercure, qu'il admi nistre comme il suit :

Sirop de deuto-iodure de mercure.

℞ Bi-iodure de mercure	1 gram.	Eau	50 gram.
Iodure de potassium	5 gram.		

Dissolvez. Filtrez au papier.

Ajoutez : Sirop de sucre blanc, marquant 30 degrés à froid....... 2400 gram.

Dose : une cuillerée à soupe par jour; quelquefois deux.

Pilules.

℞ Bi-iodure de mercure	0,10 gram.	Gomme arabique pulvérisée	0,50 gram.
Iodure de potassium	5 gram.	Miel	Q. s.

Pour vingt pilules : de deux à quatre par jour.

Le *proto-iodure de mercure* en pilules, à la dose *de 1 centigramme chez les en fants*, et *de 3 centigrammes chez les adultes*, doses que l'on peut augmenter e

(1) *Bulletin de thérap.*, juin 1844.

ant avec précaution, est peut-être, de toutes les préparations mercurielles, a employée aujourd'hui contre les engorgements scrofuleux et contre le principe uleux lui-même.

l'extérieur, c'est principalement sous forme de pommade qu'on administre ercuriaux. L'onguent mercuriel, la *pommade de Cyrillo*, dont je donnerai la ule à l'occasion des maladies syphilitiques, la *pommade de proto-iodure de ure*, sont ceux qu'on emploie le plus fréquemment. Dans plusieurs cas, j'ai vu engorgements de nature scrofuleuse céder facilement sous l'influence de la made suivante :

℞ Onguent napolitain.... 30 gram. | Iode.................. 0,50 gram.

lez exactement ; pour frictions, deux ou trois fois par jour.

tte pommade agit-elle tout simplement comme la pommade au proto-iodure, ien se passe-t-il dans cette préparation quelque chose de particulier, comme celle des pilules de Blaud, et est-elle plus efficace? C'est ce qu'il ne sera posde dire qu'après des expériences multipliées.

réparations d'or. — Les mêmes motifs qui ont engagé les médecins à avoir rs aux mercuriaux leur ont fait mettre en usage les préparations d'or. On sait c'est principalement Chrestien (de Montpellier) qui a préconisé ces médicas dans le traitement de la syphilis; après lui plusieurs modernes, et entre s les docteurs Gozzi (1), Niel (2) et Legrand (3), ont signalé les préparations ques comme les meilleurs remèdes à opposer tant à la maladie syphilitique la maladie scrofuleuse. Il est très difficile de se faire une opinion exacte sur efficacité réelle. Les médecins que je viens de citer les regardent non-seulet comme très efficaces, mais encore comme d'un emploi très peu dangereux u'elles sont administrées avec prudence; d'autres, au contraire, leur attribuent rès grand danger, et mettent en doute leur efficacité contre la maladie. Il serait ssaire, pour se prononcer définitivement, d'avoir un plus grand nombre de et surtout des faits plus concluants que n'en ont cité les auteurs. Malheureunt on n'a fait sur ce sujet aucun travail propre à entraîner la conviction; les rvations rapportées par M. Legrand sont, il est vrai, de nature à faire accorder certaine valeur aux préparations auriques, mais non à leur faire accorder la rence sur d'autres médicaments, et sur l'iode en particulier. Chrestien emait principalement les *frictions sur les gencives*. MM. Gozzi et Legrand pensent vaut mieux faire avaler le médicament; et comme ce sont eux qui l'ont parièrement préconisé dans la scrofule, c'est de cette manière qu'on devra l'adminer. La formule suivante peut être prescrite :

℞ Oxyde d'or.......... 0,30 gram. | Extrait d'écorce de mézéréum. 8 gram.

lez exactement, et faites soixante pilules, dont on donnera de une à deux aux enfants jeunes, et de une à cinq aux plus âgés

) *Sopr. l'us. di alc. remed. aurif.* Bolog., 1817.
) *Rech. et observ. sur les effets des prépar. d'or.* Paris, 1821.
) *De l'emploi de l'or dans le traitement des scrofules.* In-8, Paris, 1837. — *De l'analogie s différences entre les tubercules et les scrofules.* In-8, Paris, 1849.

On peut faire des *pastilles* plus agréables pour les enfants, et composées avec le chlorure d'or, d'après la formule suivante :

℞ Chlorure d'or et de sodium	0,25 gram.	Mucilage de gomme adragante.	Q. s.
Sucre	32 gram.		

Faites soixante pastilles, à prendre de une à deux par jour.

Ou bien encore des pastilles de chocolat avec le cyanure d'or, dont voici la formule :

℞ Cyanure d'or........ 0,10 gram. | Pâte de chocolat.......... 32 gram.

Faites trente pastilles, dont on prendra de une à quatre par jour.

Des *pommades* sont aussi prescrites pour les frictions sur les engorgements scrofuleux et pour le pansement des ulcères :

℞ Oxyde d'or.......... 0,75 gram. | Axonge................ 30 gram.

Mêlez très exactement, pour une friction matin et soir.

Les assertions des auteurs sur les dangers des préparations auriques étant entièrement contradictoires, il est important de n'employer ces médicaments qu'avec une grande prudence.

Chlorure d'argent. — M. le docteur Sicard a communiqué à la Société de médecine de Marseille (1) plusieurs observations tendantes à prouver l'efficacité du chlorure d'argent dans le traitement des scrofules. Cette substance produit presque toujours des selles abondantes; c'est ce qui fait penser à l'auteur qu'elle agit en produisant sur les intestins une dérivation énergique. Voici comment le traitement est dirigé. M. Sicard prescrit le chlorure d'argent à l'intérieur, d'après la formule suivante :

℞ Chlorure d'argent..... 0,05 gram. | Pâte de chocolat.......... Q. s.

Pour douze pastilles. A prendre une chaque matin, une demi-heure au moins avant le repas ; puis il élève la dose du chlorure à 5 centigrammes pour dix pastilles.

En même temps il prescrit des frictions sur les tumeurs scrofuleuses avec la pommade suivante :

℞ Chlorure d'argent..... 0,50 gram. | Axonge................ 30 gram.

Quelle est la valeur réelle de cette médication ? C'est ce qu'une expérimentation plus étendue pourra seule nous apprendre.

Chlorure de baryum. — Ce médicament a été administré par un grand nombre d'auteurs; mais encore ici nous ne trouvons guère que des assertions accompagnées de quelques faits qui ne sont pas de nature à entraîner la conviction. Dans ces derniers temps, M. le docteur Payan a spécialement employé cette substance dans des affections scrofuleuses très avancées, dans celles, par exemple, où il existait des caries, des nécroses et des ophthalmies intenses; mais il établit dans les différents cas une distinction qui mérite d'être connue. Suivant lui, chez certains scrofuleux

(1) Voy. *Clinique de Marseille*, novembre 1844.

il existe un état d'excitation très marqué, et l'on ne trouve pas les attributs du tempérament lymphatique : c'est chez ceux-là que le chlorure de baryum a des effets avantageux ; chez les autres, il est nuisible. J'indique cette théorie de M. Payan afin qu'elle soit examinée par d'autres praticiens. Voici, en attendant, comment ce médecin administre le chlorure de baryum :

℞ Chlorure de baryum.... 0,05 gram. | Eau distillée............. 100 gram.

A prendre par cuillerées, de deux heures en deux heures. Tous les deux ou trois jours, augmenter la dose de 5 centigrammes, jusqu'à ce que l'on soit parvenu à prendre 35 centigrammes de chlorure de baryum par jour.

Les autres auteurs n'ont point admis la distinction de M. Payan, et ils administrent le médicament indifféremment à tous les malades. Lauth est un de ceux qui lui ont attribué la plus grande efficacité. Voici comment il le prescrit pour un enfant de deux ans :

℞ Eau................. 90 gram. | Teinture stomachique de Whytt. 30 gram.
Muriate de baryte ..... 0,60 gram. |

A prendre à la dose d'une cuillerée à soupe chaque jour.

Pour un enfant de quatre ans, élevez la dose de l'hydrochlorate de baryte à 1 gramme 20 centigrammes. *Pour un enfant de six ans*, à 2 grammes, et *pour un adulte*, à 4 grammes.

M. Baudelocque dit avoir employé ce médicament avec succès; mais comme c'est un fait qui ne ressort pas évidemment du plus grand nombre des observations, je ne multiplierai pas les formules, et je me contenterai de dire qu'on a prescrit aussi le chlorure de baryum *sous forme de grands bains*.

Sous-carbonate de potasse et de soude. — C'est encore là un médicament qui a été préconisé par un assez grand nombre de médecins, sans que nous puissions nous prononcer avec plus de certitude sur sa valeur. Parmi les préparations on a indiqué la potion suivante sous le titre d'*antiscrofuleuse*. Je me contenterai de la présenter ici :

℞ Sous-carbonate de soude.................. 4 gram.

Faites dissoudre dans :

Eau de camomille....................... 90 gram.

Ajoutez :

Sirop de gentiane......... 40 gram. | Teinture de quinquina....... 4 gram.

A prendre par cuillerées dans la journée.

Moyens divers. — Il est encore un grand nombre de médicaments que je pourrais citer, mais ce serait augmenter inutilement cette liste déjà trop longue. Je passerai donc sous silence la *ciguë*, la *digitale*, le *charbon animal*, le *brome*, le *calamus aromaticus*, la *douce-amère*, etc., pour arriver à deux substances qui ont joui d'une assez grande réputation, je veux parler du *chlorure de chaux* et de l'*huile de foie de morue*. Le chlorure de chaux, qui a été principalement prescrit en Allemagne et en Angleterre, est donné à la dose suivante :

℞ Chlorure de chaux....... 2 gram. | Eau distillée............. 90 gram.

Mêlez. Dose : une cuillerée à thé toutes les deux heures.

Quant à l'*huile de foie de morue*, elle a été très vantée dans ces derniers temps; mais tandis qu'en Allemagne on lui accorde une très grande efficacité, en France, les expériences auxquelles on l'a soumise n'ont été nullement satisfaisantes; et cependant on l'a essayée dans un bon nombre de cas, soit à l'hôpital des Enfants, soit dans d'autres hôpitaux. On peut donner l'huile de foie de morue pure dans des capsules gélatineuses, comme on le fait pour le copahu. Ce mode d'administration a l'avantage d'éviter le dégoût extrême qu'elle occasionne à la plupart des malades. Le docteur Boech la prescrit sous forme de *mixture*. Voici sa formule :

℞ Huile de foie de morue...	àà 30 gram.	Eau distillée d'anis..........	30 gram.
Sirop d'écorce d'orange...		Essence d'acore vraie........	3 gouttes.

Dose : une cuillerée deux ou trois fois par jour.

M. Lebert rapporte qu'il a obtenu de très bons effets de l'huile de foie de morue, principalement dans l'*arthrite scrofuleuse*, et les autres *maladies du système osseux*. Il n'a pas observé des effets semblables dans l'ophthalmie scrofuleuse, bien que d'autres auteurs, et en particulier M. Lombard (1), lui aient attribué une grande efficacité en pareil cas.

Suivant le même auteur, les *bains sulfureux* conviennent dans les affections cutanées; et l'*hydrothérapie*, conseillée par M. Bonnet (de Lyon), a des avantages réels (2). On prescrit aussi les *bains de mer*.

Il ne faut pas oublier les *eaux sulfureuses* prises à la source, et principalement les eaux de Baréges, qui ont procuré de nombreuses guérisons.

Le *grateron* (*Galium aparine*), déjà conseillé par Girolamo Gaspari et Cyrillo, contre les scrofules, a été vanté récemment par le docteur Ferramosca (3).

Je pourrai citer encore le *sirop antiscorbutique*, le *gaïac*, la *ciguë*, etc., etc.

On voit par ce qui précède que la thérapeutique de la scrofule contient un bien grand nombre de médicaments, et que, comme cela arrive toujours en pareil cas, l'efficacité de presque tous ces médicaments est extrêmement contestable. Dans l'état actuel de la science, on peut dire que ce sont encore les préparations d'iode, les préparations de feuilles de noyer et les eaux sulfureuses prises à la source, qui paraissent avoir la plus grande valeur; ce sont aussi celles dont on doit recommander principalement l'emploi.

La médication qui vient d'être exposée est composée presque entièrement de remèdes administrés comme spécifiques. Mais il est d'autres moyens qui, quoique n'agissant que dans le but de fortifier la constitution, ne sont peut-être pas les moins utiles. Ces moyens consistent d'abord dans un *régime* fortifiant, dans une nourriture abondante, composée principalement de viandes rôties; dans l'usage d'une quantité modérée de bon vin; dans l'*habitation* d'un lieu aéré, dans une chambre vaste, facilement ventilée; dans un *exercice* journalier en plein air; en un mot, dans tout ce qui peut contribuer à rendre la constitution robuste. Les *bains froids*, recommandés par Cullen, Leid, Bordeu, etc., peuvent être utiles, en agissant dans le même sens; il en est de même des *bains d'eau salée*, et principa-

(1) *Séances de la Soc. helvétique des sc. nat.*, août 1845.
(2) *Traité de thérapeutique des maladies articulaires*. Paris, 1853.
(3) *Il Filiatre sebezio*, 1844.

lement des *bains de mer*, qui sont si souvent prescrits en pareil cas. Baudelocque insiste principalement sur ces moyens, qui seuls peuvent modifier suffisamment la constitution, et sans lesquels l'action de tous les remèdes prétendus spécifiques resterait presque toujours inutile. Voici, d'après les recherches de cet auteur, comment on devra diriger le traitement :

TRAITEMENT DE BAUDELOCQUE.

1° Placer les malades dans des conditions atmosphériques convenables, c'est-à-dire dans un lieu bien éclairé, largement aéré, où il n'existe ni humidité ni aucune cause de viciation de l'air.

2° Administrer la solution suivante :

℞ Eau	90 gram.	Iodure de potassium	0,04 gram.
Iode	0,25 gram.		

A prendre dans la journée.

Telles sont les proportions de la solution. La dose précédente est donnée au début du traitement, puis on augmente la quantité de la solution, en la portant successivement à 120, 150, 180, 240, 300 et 360 grammes. Il est inutile d'en donner une plus grande quantité.

3° En même temps administrer des pilules de sous-carbonate de fer, à la dose de 30 centigrammes, matin et soir; s'il survient des engorgements, des ulcères, des fistules, etc., faire des frictions et des injections avec les solutions indiquées plus haut (voy. p. 392).

4° Trois fois par semaine, un grand bain composé ainsi qu'il suit :

Eau de puits	1 kilogr.	Iodure de potassium	20 gram.
Iode	10 gram.		

Versez cette solution dans une baignoire contenant 300 litres d'eau. Augmentez ou diminuez la dose, suivant qu'il faudra pour le bain une plus ou moins grande quantité d'eau commune.

Baudelocque a employé un assez grand nombre d'autres médicaments; mais il résulte de ses recherches que, comme médicament général, c'est à l'iode qu'il faut donner la préférence. Il n'a obtenu aucun succès de l'emploi du *sous-carbonate de potasse* et de plusieurs autres moyens préconisés par plusieurs médecins. Il fait usage des évacuants dans le but de chasser de l'économie les molécules viciées, qui se trouveront remplacées avantageusement sous l'influence du traitement.

TRAITEMENT DE M. LE PELLETIER (DE LA SARTHE).

1° Faire prendre dans la journée plusieurs tasses de l'eau martiale factice préparée d'après la formule suivante :

℞ Limaille de fer ou vieux clous.	500 gram.	Écorce de Winter	4 gram.
Écorce d'orange	4 gram.	Carbonate de potasse	2 gram.

Faites macérer pendant trois ou quatre jours dans :

Eau de rivière .... 1 kilogr.

2° Tous les jours, le matin, deux des pilules suivantes :

℞ Rhubarbe en poudre..... Ecorce de cascarille......	àà 2 gram.	Teinture de mars tartarisé... Q. s.

Faites quinze pilules.

3° Immédiatement après les pilules, prendre un quart de verre du vin amer de gentiane indiqué plus haut (voy. p. 390). Si l'individu est irritable, on administrera seulement, immédiatement après la pilule, une tasse d'infusion de houblon.

Il me reste à dire, pour compléter ce traitement, que les divers symptômes locaux devront attirer particulièrement l'attention du médecin. Lorsqu'il existe une carie, une nécrose, des ulcères, le traitement est spécialement du domaine de la chirurgie. Dans les cas où il y a des ophthalmies, un engorgement des ganglions, des tubercules de la peau, les onctions, les frictions avec les diverses pommades indiquées plus haut sont les principaux moyens que l'on met en usage. Mais de plus longs détails à ce sujet ne sauraient trouver place ici ; je renvoie le lecteur à l'ouvrage de M. Lebert, où il trouvera tous les détails qu'il peut désirer. Il n'y aurait pas un plus grand avantage à présenter des ordonnances, et on le comprendra sans peine : le traitement de la scrofule consiste plus dans l'emploi persévérant des moyens appropriés, et surtout dans les soins hygiéniques, que dans un groupe de moyens qu'on pourrait présenter dans une prescription. Il faut d'ailleurs que le praticien soit toujours prêt à varier ses formules et à graduer ses doses. L'exposition précédente doit donc suffire.

Dans cet article, j'ai dû nécessairement me borner à exposer les principaux traits de cette affection multiforme, et dont les variétés sont si nombreuses. Je dois encore, en finissant, renvoyer le lecteur qui veut la connaître en détail aux ouvrages de MM. Milcent, Lebert et Bazin, qui, sous ce rapport, lui laisseront bien peu à désirer.

ARTICLE VI.

SYPHILIS.

Comme cet article, en raison de l'importance du sujet, sera fort étendu, nous le diviserons en plusieurs sections sous les titres suivants : *Considérations générales sur la syphilis*, *description générale et thérapeutique de la syphilis*, *du chancre*, *de la syphilis constitutionnelle*, *des plaques muqueuses*, *des syphilides*, *syphilis des viscères*, *transformations de la syphilis*.

Ire SECTION. — CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LA SYPHILIS.

Avant d'entrer dans aucun détail sur le sujet important qui va nous occuper, il faut se demander si la syphilis existe réellement. Cette question paraîtra oiseuse au premier abord ; mais il n'en est pas tout à fait ainsi, puisque quelques auteurs ont nié l'existence de cette affection comme maladie particulière, qu'ils ont rattaché les accidents primitifs à des lésions de nature non spécifique, et qu'ils ont attribué les accidents secondaires et tertiaires à l'usage du mercure. Cette théorie fut soutenue dans un mémoire anonyme publié en 1811 ; et, en 1826, A.-J.-L. Jourdan

ìveloppa et accumula des preuves en sa faveur (1). Aujourd'hui que l'emploi nercure convenablement dirigé, celui de l'iodure de potassium, et, par-des-tout, l'étude beaucoup plus attentive et plus complète des accidents primitifs et ndaires de la syphilis ont jeté un nouveau jour sur l'histoire de cette affection, ıe peut plus douter un seul instant de son existence comme maladie spéciale, : n'insiste pas davantage sur ce point.

a seconde question qui se présente est la suivante : *Existe-t-il un virus syphi-que, et de quelle nature est ce virus?* Si la syphilis est une affection spéciale, i que je viens de le dire, on ne peut pas se refuser à admettre l'existence d'un s que l'inoculation, tant de fois pratiquée dans ces dernières années, dé-ntre d'ailleurs surabondamment. Au reste, l'existence de ce virus est aujourd'hui éralement admise, et toute discussion à ce sujet serait inutile. Quant à la ure du virus, on a renoncé à la chercher, toutes les investigations ayant été ructueuses.

Mais il est un autre point qui se rattache à cette question, et sur lequel on est n d'être d'accord comme sur le précédent. *N'y a-t-il qu'un seul virus syphi-ique qui donne lieu à toutes les affections vénériennes?*

Avant que Balfour, Duncan et Tode eussent traité cette question, on n'émettait ère de doutes à cet égard. Toute maladie contractée par un coït impur était une ection syphilitique. Les auteurs que je viens de citer élevèrent quelques objec-ns contre cette manière de voir, et Benjamin Bell sépara complétement, sous le pport de la nature de la maladie, la blennorrhagie des chancres. Le premier, il nstata, entre autres faits, que l'inoculation de la matière gonorrhéique n'a jamais oduit de chancres. M. Ricord, dans ces dernières années (2), a défendu tte manière de voir. Pour lui, la blennorrhagie n'est pas une maladie syphili-que ; elle ne s'inocule pas. On a vu, il est vrai, quelquefois l'inoculation du pus ennorrhagique produire un chancre, mais c'est qu'il existait alors un chancre ns l'intérieur du canal. En outre, M. Ricord n'admet pas que les accidents se-ndaires ou tertiaires de la syphilis puissent succéder à une simple blennor-agie, et il professe que, dans les cas où il a paru en être ainsi, ou bien il ait existé un chancre inaccessible à l'exploration, ou bien, ce qui est plus fré-ent et ce dont il a cité de nombreux exemples, il y avait eu un chancre ailleurs, it à l'anus, soit dans la bouche, soit dans un autre point, ce qui est beaucoup us rare.

M. Cazenave, qui, parmi les modernes (3), est un de ceux qui ont défendu l'opinion ntraire avec le plus de talent, a opposé aux faits cités par M. Ricord des faits rap-rtés par les auteurs qui ont vu des sujets divers être affectés isolément de chancres ı de blennorrhagies après avoir communiqué avec la même femme, et surtout a rassemblé un nombre considérable de faits, dont il sera question plus loin, dans lesquels on voit apparaître des syphilides, bien que l'on ne trouve d'autre aladie antécédente qu'une blennorrhagie. Enfin on a cité des cas, ainsi que je l'ai

(1) *Traité complet des malad. vénér.* Paris, 1826.
(2) Voy. *Traité des malad. vénér.* Paris, 1838. — *Traité de la maladie vénérienne*, par Hunter ; 3e édition, avec des Notes et Additions, par Ph. Ricord. Paris, 1859. — *Leçons iniques* (dans divers journaux). — *Lettres sur la syphilis*, 2e édition. Paris, 1856, in-12.
(3) *Traité des syphilides.* Paris, 1843.

dit plus haut, dans lesquels l'inoculation a produit la pustule caractéristique du chancre, quoiqu'on ne pût découvrir qu'une blennorrhagie.

On voit que cette question offre de très grandes difficultés. Je ne crois pas que les faits de contagion opposés à M. Ricord aient une bien grande valeur; il suffit, en effet, de lire les observations pour voir qu'elles ont été recueillies avec une grande légèreté. Cette circonstance, que les syphilides se produisent fréquemment après l'existence reconnue d'une simple blennorrhagie, a plus d'importance, car il est difficile d'admettre que, dans le nombre considérable de cas observés sous ce point de vue, il n'en est pas un seul qui ne soit un exemple de chancres non observés ou larvés. Toutefois ce n'est pas là encore une démonstration sans réplique, et les cas dans lesquels M. Ricord a trouvé des traces d'un chancre induré, qui avait passé inaperçu ou qui avait été dissimulé, sont de nature à rendre très circonspects les médecins dans leur jugement en pareille matière, d'autant plus que depuis que les recherches se font avec plus de précision, les cas de prétendue blennorrhagie simple syphilitique deviennent, ainsi que l'a démontré M. Ricord (1), tout à fait rares.

Les faits les plus concluants en faveur de la manière de voir de M. Cazenave sont, sans contredit, ceux dans lesquels l'inoculation ayant été pratiquée avec du pus blennorrhagique, et l'existence d'un chancre ayant été recherchée avec soin et vainement, la pustule caractéristique s'est développée. Ici la réponse de M. Ricord a paru insuffisante. Il dit qu'il existait un chancre larvé; mais on lui répond que c'est justement l'existence de ce chancre larvé qu'il faudrait démontrer, au lieu de l'invoquer comme réelle. Reconnaissons cependant que, dans les cas où l'investigation a été complète, les faits lui ont donné raison.

Il est, comme on le voit, bien difficile de se prononcer. Contentons-nous donc de remarquer de nouveau que les cas douteux deviennent de plus en plus rares, ce dont il faut faire honneur à l'observation beaucoup plus attentive de M. Ricord, qui a signalé les nombreuses causes d'erreur, et a rendu ainsi un véritable service à la science.

Une autre manière de voir a été défendue par M. Baumès (2). Cet auteur pense que la blennorrhagie, aussi bien que le chancre, est due à un virus, mais que ce virus est différent du virus chancreux, ou plutôt qu'il y a deux degrés d'un même virus. Faible, le virus produit une blennorrhagie qui se reproduit ensuite avec ses caractères propres; plus intense, il donne lieu aux ulcères syphilitiques. Mais, ainsi que je l'ai fait remarquer ailleurs (3), « les faits d'inoculation et de contagion que nous avons déjà cités s'opposent à ce que l'on admette sans restriction les conclusions de M. Baumès; et, de plus, il faut remarquer, ainsi que l'a fait M. Cazenave, que, dans les cas où il survient des syphilides, celles-ci ne diffèrent nullement, qu'elles aient été produites par une blennorrhagie antécédente ou par un chancre. »

[Enfin, une question analogue à la précédente, mais qui a un autre point de départ, s'élève encore: c'est celle de l'*unicité* ou de la *dualité* du *virus chancreux*.

(1) *Lettres sur la syphilis* (*Union médicale*, mars 1850).
(2) *Précis théor. et prat. sur les maladies vénér*, 1840.
(3) *Revue des derniers travaux sur la syphilis* (*Arch. gén. de méd.*, juin 1843).

r, il semble démontré, par des observations récentes, qu'il y a deux espèces de rus : l'un produirait le chancre mou, l'autre le chancre induré. Ces deux virus t pour caractères communs de produire une ulcération d'apparence syphilitique, donner lieu à des engorgements ganglionnaires, et de prendre quelquefois le ractère phagédénique. Mais les différences sont les suivantes : Le virus qui prot le chancre mou est essentiellement *inoculable ;* les adénites qu'il détermine nt rares ; elles suppurent facilement, et le pus en est tantôt bénin, tantôt inoculable ; ces chancres ne sont jamais suivis d'accidents secondaires ; un même individu ut avoir un nombre de fois illimité des chancres de cette nature ; le pus d'un chancre ou, inoculé à d'autres individus, ne reproduit que des chancres mous. Et, au ntraire, le pus du chancre induré n'est plus inoculable à l'individu qui porte le hancre ; le chancre induré détermine des adénopathies qui ne suppurent presque mais ; il est suivi fatalement d'accidents secondaires et tertiaires ; on ne peut avoir u'une seule fois un chancre induré ; l'inoculation et la contagion reproduisent les chancres indurés sur des individus qui n'ont pas encore été contaminés. En un ot, le chancre induré serait le véritable et le seul *chancre infectant*, le *père de la vérole*, comme dit M. Diday (1). En résumé, et à notre sens, il n'y a qu'*un seul* virus syphilitique, celui qui produit des accidents *secondaires* et *tertiaires*.]

Avant d'aborder l'histoire de la syphilis en général, je dois ajouter quelques mots à ces considérations, et agiter une dernière question. *La syphilis est-elle une maladie inconnue des anciens, ou a-t-elle existé de toute antiquité?* Lorsque les navigateurs espagnols revinrent en Europe après la découverte de l'Amérique, il existait une sorte d'épidémie syphilitique. Le mal avait pris la plus grande extension, et il était généralement si grave, qu'il frappa les populations de terreur. Jusque-là on n'avait observé que des cas isolés d'affections des parties génitales ou d'autres points du corps, qui présentaient des symptômes d'apparence syphilitique, et on les avait rapportés à des affections ordinaires et plus ou moins bien connues. Ce ne fut qu'en présence d'un grand nombre de malades offrant des phénomènes semblables et accusant la même cause, que les médecins purent saisir la spécificité de la maladie, et reconnaître son origine. Mais ces cas isolés n'existaient pas moins, et M. Cazenave, dans son important travail, les a signalés de telle manière, qu'après la lecture de son *Traité des syphilides*, il ne peut guère rester de doutes sur l'existence de la maladie dans l'antiquité. Il en a trouvé des traces dans les écrits d'Hippocrate, de Galien, d'Avicenne et d'Albucasis, et il a trouvé les premières descriptions satisfaisantes dans Michaël Scott, Gariopont, Roger de Parme, et Guillaume de Salicet.

IIe SECTION. — DESCRIPTION GÉNÉRALE ET THÉRAPEUTIQUE DE LA SYPHILIS.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence, nature de la maladie.

Voici la définition donnée par M. Ricord (2) : « Dans l'ignorance où nous sommes de la nature du virus syphilitique, la définition de la maladie ne peut être,

(1) On trouvera l'exposé et la discussion de cette doctrine dans la thèse de M. le docteur Nadau des Islets. Paris, 31 août 1858. — A. Fournier, *Recherches sur la contagion du chancre*. Paris, 1858. — Diday, *Nouvelles doctrines sur la syphilis*. Paris, 1858.

(2) Voyez Courtin, *Leçons cliniques de M. Ricord* (*Journal des connaissances méd.-chir.*, septembre 1846).

dit-il, qu'un tableau abrégé de ses principaux symptômes. La syphilis est une maladie qui paraît aujourd'hui propre à l'espèce humaine, mais non spontanée chez elle. Due à l'action d'un virus qui en est la cause spécifique, *sine qua non*, et fatalement contagieux dans des conditions données, elle se développe toujours là où la cause a été développée, et produit différents ordres d'accidents : les uns, *primitifs*, directs, se développent au lieu même où agit la cause ; les autres, *successifs*, indirects, paraissent consécutivement en rester là, ou, infectant l'économie, produisent une *diathèse* qui, après un temps d'incubation déterminé, donne lieu fatalement à la manifestation d'accidents que nous diviserons en deux groupes : les uns, plus précoces, *accidents secondaires ;* les autres, plus ou moins tardifs, *accidents tertiaires ;* les uns et les autres non inoculables. La syphilis, dans ses différentes phases, nécessite le plus souvent une médication spécifique, ou tout au moins spéciale. »

J'ai voulu donner cette définition sans y rien changer, parce qu'elle résume la doctrine de M. Ricord. Voici maintenant les réflexions qu'elle fait naître. On voit que M. Ricord laisse dans le doute l'origine de la syphilis, mais aussi qu'il se prononce sur la non-spontanéité de sa production actuellement. Relativement à cette dernière proposition, je dirai que le fait n'est pas aussi bien prouvé que paraît le croire M. Ricord. Sans doute, dans les cas que nous voyons passer sous nos yeux, la contagion se retrouve facilement ; mais qu'est-ce qui prouve que dans les conditions de misère, de malpropreté et de débauche dans lesquelles vivent certains sujets, la maladie ne peut jamais se développer spontanément ? Il est certain que c'est ce qui a eu lieu à une époque indéterminée. Pourquoi le même effet ne se reproduirait-il pas dans les mêmes circonstances ?

M. Ricord admet sans aucune hésitation le virus syphilitique et la contagion ; mais, ainsi que nous l'avons vu plus haut, il ne croit la contagion possible que lorsqu'il existe une forme particulière de la syphilis : le chancre primitif. Nous le voyons, en effet, compléter ici sa pensée en déclarant que les accidents secondaires et tertiaires ne sont pas inoculables. Je n'empiéterai pas sur ce que j'ai à dire de l'inoculabilité exclusive du chancre. Quant à la non-inoculabilité des accidents secondaires et tertiaires, j'en parlerai dans le même article, et je citerai surtout les faits rassemblés par Vidal (de Cassis) (1) pour démontrer que l'opinion de M. Ricord est trop exclusive.

Reste un point qui a donné lieu à une discussion assez vive et assez intéressante. Dans la définition de M. Ricord, on voit que les accidents primitifs de la syphilis se développent au lieu même où agit la cause, et que ces accidents primitifs sont nécessaires pour qu'il y ait infection. A cela on a fait plusieurs objections. Ayant traité cette question ailleurs (2), je me contenterai de reproduire le passage dans lequel elle a été discutée : « La distinction entre les symptômes primitifs et les secondaires se montre, disais-je, trop évidemment dans les faits qui passent journellement sous nos yeux, pour qu'il y ait à ce sujet l'ombre d'un doute ; mais tous les auteurs ne sont pas d'accord sur ce qu'on appelle la *période d'incubation*. On sait que les symptômes primitifs ne se manifestent pas immédiatement après la

(1) *Traité des maladies vénériennes.* Paris, 1853. *Notions préliminaires.*
(2) *Mémoire cité* (*Archives générales de médecine*, 4ᵉ série, 1843, t. II, p. 186).

contagion, qu'il se passe quelquefois un temps assez long entre le contact infectant et le moment où apparaissent ses résultats morbides. Que se passe-t-il donc alors? Plusieurs auteurs, et en particulier M. Ricord, pensent que les symptômes primitifs, le chancre, les pustules muqueuses, sont d'abord des altérations locales, et que ce n'est qu'après une certaine durée de ces symptômes que le virus est absorbé, de manière à produire une infection générale. Telle n'est pas l'opinion de M. Cazenave : suivant lui, il y a d'abord absorption générale, absorption mystérieuse, dont les voies nous sont inconnues, mais dont, suivant lui, l'existence nous est démontrée par le raisonnement et par l'analogie. « Lorsque, dit-il, par suite du coït, un con- » tact infectant a eu lieu, il n'y a, pendant un temps plus ou moins long, aucun » phénomène appréciable, et cet état dure jusqu'au moment où la maladie se tra- » duit par des symptômes extérieurs, soit un chancre, soit une blennorrhagie. Les » choses se passent absolument de même lors de l'inoculation; la piqûre se guérit, » et ce n'est qu'après un temps très variable que le point contaminé devient le siége » des lésions qui présentent un caractère spécial... Il en est de même de la variole, » pendant tout le temps qui sépare l'époque de l'infection et celui de la manifesta- » tion des principaux symptômes. Il en est de même dans la rage; la plaie produite » par la morsure se guérit, et ce n'est que plus tard que surviennent les phéno- » mènes qui trahissent la maladie. Enfin, dans tous ces cas, entre le moment de la » contagion et celui de l'apparition des symptômes, il y a une période dans laquelle » on n'observe rien, absolument rien. Voilà l'incubation, et ce caractère, commun » à toutes les maladies virulentes, est inséparable de la syphilis. »

Quant à l'évolution prompte qui a lieu à la suite de l'inoculation artificielle chez un individu chez lequel un chancre s'est déjà manifesté, elle ne saurait servir à conclure, suivant M. Cazenave, que le chancre est une affection toute locale; car déjà l'infection générale existe, et il est tout naturel qu'en quelque lieu qu'on porte le pus virulent, il agisse sans délai, puisque alors toutes les parties du corps sont dans les conditions nécessaires au développement du chancre. Enfin, pour dernière preuve, M. Cazenave rappelle l'existence des bubons d'emblée, dont on a cité des exemples, et sur lesquels M. de Castelnau a récemment fait des recherches fort intéressantes.

Il est bien difficile de se prononcer dans un semblable débat, et cependant il serait bien important de savoir d'une manière positive à quoi s'en tenir, puisque, suivant qu'on partage l'une des deux opinions soutenues par M. Ricord et par M. Cazenave, on met en usage un traitement fort différent. Avec le premier, en effet, on se contentera de traiter les symptômes locaux primitifs, attendant, pour agir sur l'économie tout entière, que les principaux accidents secondaires se soient déclarés, ou du moins que l'induration du chancre soit venue annoncer l'existence de cette infection; avec le second, au contraire, on devra regarder comme l'expression d'une infection générale tous les accidents primitifs, même la blennorrhagie, et faire subir à ceux qui les présentent un traitement mercuriel.

Je dirai donc que les preuves apportées par M. Cazenave ne me paraissent pas à l'abri de toute objection, et surtout qu'il n'est pas parfaitement prouvé qu'un traitement général, administré pendant le cours des accidents primitifs, préserve des accidents secondaires. Sans doute M. Cazenave, en étudiant les *syphilides*, a réuni un certain nombre de cas dans lesquels elles se sont déclarées chez des sujets

qui n'avaient pas subi de traitement mercuriel, ou qui avaient été soumis à un traitement insuffisant; mais le nombre des sujets qui sont dans ces conditions est si grand, qu'il n'y a rien là d'étonnant. Il faudrait que nous pussions avoir la contre-partie de ce fait, c'est-à-dire qu'on nous présentât un assez grand nombre de cas dans lesquels un traitement mercuriel ayant été administré, les accidents secondaires ne se sont pas manifestés, et sur ce point nous ne sommes pas encore suffisamment informés. Ces considérations s'appliquent bien plus à la blennorrhagie qu'au chancre. On conçoit très bien, en effet, que dans le traitement de ce dernier on soit bien plus porté à recourir au traitement mercuriel, la production des symptômes secondaires, après l'ulcère primitif, étant un fait évident pour tout le monde. L'opinion de M. Ricord me paraît donc devoir être admise.

Les noms donnés à la syphilis sont nombreux. On l'a désignée sous la dénomination de *lues venerea*, *pudendagra*, *mentulagra*, *lues syphilitica*, *morbus venereus*, et, suivant qu'on a accusé tel ou tel peuple de l'avoir le premier propagée, on lui a donné les noms de *mal napolitain*, *mal français*, *américain*, *espagnol*, etc., etc.; enfin son nom vulgaire est celui de *vérole*.

§ II. — Tableau de la maladie.

Autrefois on ne reconnaissait que les symptômes primitifs résultant de la contagion, et des symptômes consécutifs résultant de l'envahissement de toute l'économie animale par le virus. M. Ricord a signalé trois groupes de symptômes. Non-seulement, en effet, il admet des symptômes primitifs et secondaires, mais encore, parmi ces derniers, il en distingue qui se montrent plus tard que les autres, et qui ont quelques caractères particuliers, d'où il résulte pour lui la division suivante: 1° *accidents primitifs;* 2° *accidents secondaires;* 3° *accidents tertiaires.*

Aujourd'hui cette division de M. Ricord est généralement adoptée, et elle me paraît trop bien fondée sur l'observation des faits pour que je ne la suive pas; seulement il se trouve un certain nombre d'accidents syphilitiques qui n'ont pu encore être placés dans aucune de ces catégories. Ils ne peuvent faire partie des accidents primitifs, puisque, dans la très grande majorité des cas du moins, ils ne résultent pas directement de la contagion. D'un autre côté, ils ne sauraient faire partie des accidents secondaires, puisqu'ils se produisent très promptement après la manifestation des symptômes primitifs, et que quelques-uns d'entre eux ne sont, d'après des recherches modernes, que de simples transformations de certains symptômes primitifs. M. Ricord en a fait un groupe intermédiaire sous le nom de *symptômes successifs*. Jetons maintenant un coup d'œil rapide sur ces différents groupes.

1° *Symptômes primitifs.* — Selon M. Ricord, il n'y en a qu'un seul, le *chancre* induré, que nous décrirons plus loin.

2° *Symptômes successifs ou intermédiaires.* — On range parmi ces symptômes le *bubon*, qui est une conséquence directe des phénomènes primitifs, et principalement du chancre; cependant tout le monde n'est pas parfaitement d'accord sur ce point, et un bon nombre d'auteurs admettent l'existence des *bubons d'emblée* (1).

(1) Voyez sur ce sujet un article de M. de Castelnau, dans les *Archives générales de médecine*, 3e série, t. XV, p. 420.

En pareil cas, le bubon serait un symptôme primitif; mais je n'ai pas à m'occuper de cette affection. Je me contente d'ajouter que l'existence du bubon d'emblée est complétement niée par M. Ricord. Viennent ensuite la *lymphangite* et les *abcès virulents*. Quant aux *pustules muqueuses*, aux *pustules plates*, faut-il les regarder comme un symptôme intermédiaire, ou, avec M. Cazenave, devons-nous les placer parmi les syphilides, c'est-à-dire parmi les symptômes secondaires? C'est ce que je ne déciderai pas ici; les pustules muqueuses étant, en effet, un symptôme syphilitique trop important pour que je n'en dise pas un mot à part, j'aurai à m'expliquer sur ce point dans un des articles suivants, où je donnerai rapidement leur histoire.

3° *Symptômes secondaires.* — Les symptômes secondaires se montrent un certain temps après les symptômes primitifs. Ce temps est très variable. Il est, en effet, de plusieurs années, ou seulement de quelques jours, suivant les cas. On a vu des symptômes secondaires n'apparaître qu'après un intervalle de dix, de vingt, de trente ans et plus. Ces symptômes sont : l'*induration du chancre* et du bubon, l'*engorgement des ganglions* inguinaux et cervicaux, les *syphilides*, dont je parlerai plus loin; les diverses altérations de la bouche, du pharynx, du larynx, des fosses nasales, du vagin, etc., dont je devrai m'occuper; les *rhagades*, les *végétations*, l'*iritis*, l'*alopécie*, les *douleurs névralgiques vénériennes*, dont je ne dois pas traiter spécialement.

4° *Symptômes tertiaires.* — Ceux-ci, quand l'évolution de la syphilis est régulière, apparaissent un temps plus ou moins long après les symptômes secondaires. Voici l'énumération qu'en font les auteurs du *Compendium* (1) : 1° Lésions des tissus fibreux et osseux (périostose, exostose, nécrose, carie); 2° gommes sous-cutanées, sous-muqueuses et intermusculaires; 3° lésions du système musculaire (convulsions, rétractions, rigidité, paralysie) : M. le docteur Bouisson (2) a vu des *tumeurs* formées par l'épanchement d'une lymphe plastique grisâtre, apparaître comme symptôme tertiaire de la syphilis dans les différents muscles du corps, sans en excepter ceux de la langue et des lèvres; le traitement est celui des symptômes tertiaires de la syphilis; 4° lésions de la sensibilité (douleurs musculaires et ostéocopes, migraine, amaurose, dyspepsie); 5° sarcocèle syphilitique; 6° cachexie syphilitique (amaigrissement, atrophie générale, phthisie).

M. le docteur Schützenberger (3) a vu des *symptômes cérébraux* graves se produire dans des cas de syphilis constitutionnelle; ils consistaient en vertiges, tremblements, convulsions épileptiformes, faiblesses dans un ou plusieurs membres. Dans deux cas cités par cet auteur, le traitement par l'iodure de potassium fit promptement disparaître ces accidents.

On pourrait adresser quelques critiques à cette division, et se demander, par exemple, pourquoi l'on a placé la névralgie syphilitique dans les accidents secondaires, tandis que la migraine est dans les accidents tertiaires; mais on ne peut disconvenir que cette manière de grouper les symptômes ne soit la plus satisfaisante.

Je ne saurais passer outre sans dire un mot de l'ordre de succession de ces divers symptômes. Celui qui vient d'être indiqué appartient à la syphilis suivant

(1) Article *Syphilis*.
(2) *Gazette médicale de Paris*, juillet et août 1846.
(3) *Gazette médicale de Strasbourg*, mars 1850.

une marche régulière. On a vu que les choses se passaient ainsi, dans un nombre suffisant de cas, pour établir solidement la règle; puis, examinant les différents faits qui se sont offerts à l'observation, on a vu parfois les symptômes secondaires manquer, tandis qu'il apparaissait des symptômes tertiaires; d'autres fois, au contraire, la maladie s'arrêter aux symptômes secondaires, et enfin tout le monde sait que les symptômes primitifs existent souvent seuls, et que, chez un sujet convenablement traité, on peut empêcher l'apparition de certains symptômes successifs, sans toutefois le préserver des symptômes secondaires et tertiaires. En faisant l'histoire du chancre, je ferai connaître la manière de voir de M. Ricord, relativement au chancre induré ou chancre huntérien.

Syphilis des enfants. — Il résulte des observations de MM. Trousseau et Lasègue (1), que la *syphilis des enfants* ne se montre presque jamais au moment de la naissance, et qu'il n'y a pas de succession régulière dans l'ordre d'apparition des divers symptômes. Toutes les formes de la syphilis constitutionnelle se montrent chez les enfants comme chez les adultes, et l'affection est chez eux beaucoup plus grave et souvent mortelle.

Je ne crois pas devoir tracer d'une manière générale le *diagnostic* de la syphilis. C'est à propos de chaque symptôme important qu'il faut chercher à distinguer l'affection spéciale de toutes les autres. C'est ce que je ferai dans les articles suivants. Les mêmes réflexions s'appliquent au *pronostic.*

§ III. — Traitement.

Je n'ai également que très peu de mots à dire du traitement de la syphilis en général. On ne retire pas, en effet, un grand avantage dans la pratique, de ces considérations qui ne s'appliquent pas à un état bien déterminé. Je me contenterai donc de signaler quelques médications spécifiques que nous allons, il est vrai, retrouver quand nous présenterons l'histoire des accidents syphilitiques, mais sur lesquelles il importe de dire quelques mots d'une manière générale.

Et d'abord je parlerai du *traitement mercuriel*, qui a rendu de si immenses services, et qui cependant a trouvé beaucoup d'adversaires. Il est évident aujourd'hui, pour tous les esprits non prévenus, que le traitement mercuriel est le principal dans la cure de la syphilis. Sans doute on en a beaucoup abusé; mais, s'il y a eu de fâcheux résultats de son emploi, c'est presque toujours à l'ignorance ou à une extrême imprudence qu'il faut les attribuer. Accuser le traitement mercuriel de produire les accidents secondaires et tertiaires que nous observons dans la syphilis, c'est méconnaître les résultats de la plus simple observation. Lorsque, il est vrai, le mercure, donné inconsidérément, produit de graves désordres, nous voyons survenir des phénomènes qui ont de la ressemblance avec ceux que produit la syphilis elle-même; mais d'abord il est faux que ces phénomènes soient complétement identiques, et, en second lieu, c'est là une objection sans valeur, puisque, chez un assez bon nombre des sujets qui n'ont pas pris de mercure, on voit se développer ces accidents consécutifs. D'un autre côté, il est sûr que, dans certaines circonstances, le mercure est insuffisant pour guérir la syphilis; mais n'en

(1) *De la syphilis constitutionnelle des enfants du premier âge* (*Archives générales de médecine*, octobre 1847.

-il pas de même pour d'autres médicaments dont l'efficacité n'est pas mise en ute, le sulfate de quinine, par exemple? Je n'insiste pas davantage sur cette estion, dont la solution n'est pas douteuse pour l'immense majorité des pratins, et que les sophismes n'ont pu obscurcir.

Il serait inutile de parler ici des diverses applications du traitement mercuriel; en sera question, à propos des diverses syphilides, et des autres symptômes nériens que je propose de décrire avec le plus grand soin dans les articles ivants.

Mais, ainsi que je viens de le dire, le traitement mercuriel est parfois insuffint. En pareil cas, on a recours à d'autres moyens, dont les principaux sont : les dorifiques, l'*iodure de potassium*, l'*iodure de fer*, les *tisanes de Felz*, *d'Arnud*, les *décoctions de Zittmann*, *de Pollini*. Parmi ces moyens, il n'en est pas ui comptent de plus beaux et de plus nombreux succès que l'*iodure de potassium*. e n'est que depuis quelques années que ce médicament est en vogue, et déjà il st devenu familier à la généralité des médecins. On sait qu'il peut être administré la dose de 0,50, 1, 2 et 4 grammes, et que, sous son influence, on voit ordinaiement disparaître avec rapidité des exostoses volumineuses et anciennes, et se cicatriser des ulcères considérables. Cette indication générale suffit ici; je trouverai lus loin l'occasion d'entrer dans de plus grands détails.

M. le docteur Gauthier (1) n'a pu réussir à faire cicatriser des ulcères syphiliiques anciens, et accompagnés d'accidents graves, qu'en élevant la dose de l'iodure de potassium jusqu'à 8 grammes par jour.

On a voulu substituer le bromure à l'iodure de potassium; mais les recherches de M. Huette (2) ont démontré non-seulement l'infériorité du bromure, mais encore son inefficacité.

Il ne faut pas croire, d'après ce que je viens de dire, que l'on doit, dans le traitement de la syphilis, agir tout à fait au hasard, et commencer toujours par le traitement mercuriel, pour passer ensuite aux autres moyens, si l'on n'obtient aucun succès. L'expérience nous a appris que, dans certains cas donnés, tel médicament réussit mieux que tel autre. Ainsi, dans les exostoses, dans les angines ulcéreuses, l'iodure de potassium agit avec plus de promptitude et de certitude que le mercure, tandis que dans les affections cutanées syphilitiques, les syphilides proprement dites, le mercure a une efficacité incontestable, et l'iodure de potassium reste souvent sans effet. Ce sont des faits qu'il ne faut pas ignorer, si l'on ne veut pas s'exposer à des tâtonnements fâcheux.

Dans les cas de syphilis invétérée, M. le docteur Michel (3) d'Avignon associe l'*eau de goudron* à l'iodure de potassium. Il pense que cette association prévient tous les accidents que peut avoir l'iodure et rend son action plus sûre. Il cite des cas dans lesquels cette médication a eu un plein succès. Voici comment il la dirige. « J'administre, dit-il, l'iodure de potassium à la dose de 25 centigrammes par jour, en dissolution, dans 30 grammes d'eau de goudron, ou égale quantité de décoction de bourgeons de sapin du Nord, sucrée avec du sirop de gomme ou de capillaire, que je fais prendre par cuillerées dans le courant de la journée. Quelques

(1) *Journal de médecine de Lyon*, décembre 1840.
(2) *Gazette médicale de Paris*, juin 1850.
(3) *Bulletin génér. de thérap.*, 25 et 30 juillet 1847.

personnes ont de la peine à supporter l'odeur et le goût du goudron; mai première résistance une fois vaincue, on s'y habitue aisément. On se bor suspendre l'emploi seulement pendant quelques jours, si le malade éprouve u des malaises, tels que vomissements ou diarrhée, ce qui, au reste, ne doit i aucune crainte. Le quinzième jour, je porte la dose de ce sel à 50 centigra la fin du mois, à 75 centigrammes, et enfin, à un mois et demi, j'arrive à 1 g par jour, qui est mon *nec plus ultra*, continuant ainsi jusqu'à complète g désapprouvant ces hautes doses périodiquement croissantes, qui ne sont p danger. »

Le docteur Vicente (1) regarde le *bichromate de potasse* comme un anti tique plus énergique et plus rapide que les préparations mercurielles; il l à la dose de 1 gramme, uni à l'extrait de gentiane pour 80 pilules, qu'il fait p de 2 à 6 par jour, en y associant quelquefois l'opium. Ce médecin cite troi vations où les accidents tertiaires les plus intenses se sont rapidement dissi le cours de cette médication.

Pour prévenir les accidents qui résultent du traitement mercuriel, M. neau (2) propose de l'abréger et de le compléter par l'emploi de la *douce-a* la manière suivante :

« On fait prendre au malade chaque jour, et pendant huit jours, une d de 8 grammes de douce-amère, prise dans l'intervalle des repas, sans q besoin de changer en rien le régime. Le huitième jour, on prescrit 16 gra décoction. La même dose est encore continuée pendant huit jours. On a ainsi chaque semaine de 8 grammes la dose de douce-amère, et l'on ar dose de 40 grammes par jour, que l'on continue également pendant huit j traitement a alors duré six semaines. On diminue successivement les dose même proportion qu'on les a augmentées, c'est-à-dire de 8 grammes par s et le malade revient ainsi à ne plus prendre que 8 grammes de douce-a jour. A ce moment le traitement est complet.

» La douce-amère, lorsqu'on atteint la dose de 40 grammes en décoct un litre d'eau, détermine ordinairement quelques étourdissements, quelqu dans les idées. Ces phénomènes indiquent qu'il convient de s'arrêter et d nuer progressivement les doses de douce-amère. »

Pour remédier aux accidents causés par le mercure, on a encore employé *à haute dose* et la *diète sèche*, ou *diète arabique*. Cette dernière médicatio que nous en disions quelques mots.

Je ne saurais mieux faire, pour donner une idée exacte de ce traitement donner l'analyse suivante d'un travail intéressant dû à M. Tribes (3) :

« *Diète sèche*, *ou diète arabique*. — On s'accorde généralement à d deux diètes sèches : l'une dans laquelle entre le mercure, l'autre dans laq spécifique ne joue aucun rôle. Cette dernière réussit chez des sujets épu plusieurs traitements mercuriels complets, mais restés inefficaces. Ses effets se font aussi remarquer dans les vieilles affections rhumatismales,

(1) *Union médicale*, 13 décembre 1851.

(2) *Bulletin génér. de thérap.*, 15 et 30 septembre 1847.

(3) *Du traitement arabique, ou diète sèche*, mémoire lu devant la Société de méd Gard (extrait dans *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, décembre 1845).

teuses; dans les dartres invétérées, les gales anciennes que rien n'a pu
ns les cas où l'on ne sait pas quelle est l'affection qui entretient une
le; lorsqu'il existe une cachexie entretenant des ulcères, des plaies
: triomphe; dans beaucoup d'affections chroniques enfin qui font le
: l'art.

e de traitement dans lequel entre le mercure, et que l'on emploie contre
piniâtres, se compose d'un opiat, d'une tisane sudorifique, d'un régime
et de pilules. C'est l'administration ou la non-administration de ces
ait la différence des deux diètes sèches.

Formule des pilules arabiques.

: coulant pur... / :.............	ãã 2 gram.	Agaric..................	4 gram.
		Miel....................	Q. s.
....	4 gram.		

n poudre impalpable les substances végétales; le mercure coulant est éteint aussi
que possible avec le sublimé; ensuite, avec du miel, on fait une masse pilulaire
n pilules de 20 centigr. Ces pilules sont prises au nombre de deux par jour.

Formule de l'opiat arabique.

'eille...........	150 gram.	Coquilles de noisettes torréfiées.	30 gram.
....	90 gram.	Miel..........................	Q. s.
....	4 gram.		

: de 8 à 16 grammes matin et soir.

)isson, il est accordé au malade un litre ou deux par jour de tisane de
, de squine ou de gaïac.

ne auquel le traitement doit son nom de *diète sèche* ne consiste qu'en
ins secs, noix, pruneaux, figues sèches, amandes torréfiées. Les ali-
aires sont entièrement proscrits.

ades, à ce qu'il paraît, ne s'accommodent pas de ce régime aussi mal
ait le croire. Tout d'abord leur appétit devient vorace; puis il diminue
quelque temps, et alors commence l'impatience de voir cesser la mono-
e alimentation. Cependant les malades, étonnés, dit l'auteur, des résul-
nt obtenus, se montrent dociles jusqu'à la fin du traitement, qui varie
cinquante jours.

mence par faire prendre chaque matin une pilule, avec un verre de
ifique après; l'opiat est pris une heure plus tard. Un second verre de
mpagne; on fait de même le soir. Le restant de la tisane est pris dans
e la journée, pendant ou après les repas.

space de quatre ans que M. Tribes a été témoin de l'emploi quotidien
it arabique à l'hôpital d'Aix, il n'a jamais vu un seul cas de salivation.
decins l'ont, il est vrai, observée en ville; mais c'était peu de chose en
des salivations ordinaires. La diète sèche paraît modifier profondé-
ndes salivaires.

lyses chimiques, sévèrement faites, expliquent jusqu'à un certain point,
l'innocuité des pilules arabiques, dans lesquelles le sublimé paraît se

trouver à une dose si élevée. Par l'effet du mélange intime du mercure coulant et du sublimé corrosif, ce dernier subit une décomposition, de sorte qu'après il n'existe ni mercure naturel ni sublimé corrosif, mais un composé mercuriel nouveau, qui jouit au suprême degré de la propriété antisyphilitique.

» L'auteur ne recommande pas le traitement arabique comme une méthode usuelle; peu de malades voudraient s'y soumettre. Mais si l'économie est profondément atteinte, si des ulcérations profondes se montrent au pharynx, aux amygdales, aux piliers du voile du palais, si la voûte palatine est nécrosée ou cariée, s'il y a ozène, s'il existe des ulcères à la peau, et surtout si ces phénomènes ont résisté aux traitements ordinaires, c'est alors qu'il convient de recourir au traitement arabique, comme étant, d'après l'auteur, la méthode la plus sûre et la plus efficace; et fréquemment, ajoute-t-il, on aura lieu de s'étonner des conséquences heureuses de son emploi.

» Cette méthode curative, sans mercure, donne également des résultats surprenants dans les affections graves de la peau surtout. »

Suivant M. Mialhe (1), c'est au sublimé corrosif qu'il faut attribuer l'action médicamenteuse du traitement arabique dans la syphilis.

Nous ne connaissons pas suffisamment les faits pour nous prononcer définitivement sur la valeur de ce traitement, qui cependant a été vivement recommandé par plusieurs médecins, et notamment par M. Payan; ce que l'on peut dire, c'est qu'il est nécessairement très difficile à suivre jusqu'au bout, et qu'il faut chez les malades une conviction profonde de son efficacité, jointe à l'expérience de l'inefficacité des autres moyens, pour qu'ils persévèrent. On conçoit d'ailleurs qu'on ne peut guère le proposer que dans les cas les plus rebelles.

Traitement de la syphilis chez les enfants à la mamelle. — Dans un mémoire intitulé *De la syphilis chez les enfants*, M. Cullerier (2) conclut : 1° « que le traitement individuel ou par la nourrice est insuffisant par le peu de mercure que contient le lait; qu'il est dangereux par le temps précieux qu'il fait perdre; 2° que le traitement direct est seul efficace, et que le meilleur mode d'administration du mercure est celui par l'absorption cutanée. » Voici comment ce médecin le dirige :

Après avoir baigné l'enfant plusieurs fois à l'eau de son, il faut faire sur les parois de la poitrine, en remontant vers l'aisselle, une friction d'onguent napolitain, un jour d'un côté, le lendemain du côté opposé. Les frictions doivent être faites doucement et prolongées pendant plusieurs minutes; deux fois par semaine elles sont suspendues et remplacées par un bain d'eau tiède, dans lequel on ajoute du sublimé corrosif.

Pour un enfant de deux mois à un an, onguent napolitain, 1 gramme; sublimé, 2 à 4 grammes, pour le bain.

Pour les enfants plus âgés, on peut porter la dose d'onguent à 2 grammes, et celle de sublimé à 4.

[*Traitement prophylactique. Syphilisation.* — On s'est posé bien souvent la question de savoir s'il n'existerait pas pour la syphilis un moyen préservatif analogue à celui que l'on emploie contre la variole, une sorte de *vaccine antisyphi-*

(1) *Note sur le traitement arabique contre la syphilis* (*Union médicale*, 19 janvier 1847).
(2) *Bulletin génér. de thérap.*, 15 et 30 mai 1852.

ique. Dans ces dernières années, un expérimentateur ingénieux, M. le docteur zias-Turenne (1), a cru l'avoir trouvé : ce serait la syphilisation, c'est-à-dire noculation de la syphilis elle-même, faite d'une certaine manière et dans des conditions déterminées. Bien qu'il n'y ait encore aucune démonstration de l'utilité de e moyen, nous croyons devoir en dire quelques mots.

Nous nous arrêterions volontiers sur ce qu'il y a d'un peu naïf dans l'idée de révenir un empoisonnement futur par un empoisonnement actuel et de même ature, et de conjurer un mal à venir, très éventuel et que l'on peut, à la rigueur, rès bien éviter, par un mal actuel et très certain. D'après cette manière de voir, i la syphilisation devenait générale, tout le monde aurait eu la vérole, et cela tout implement pour exonérer le petit nombre de ceux qui s'y seraient exposés volontairement. Que l'on ne nous objecte pas que nous combattons la syphilisation omme on a combattu autrefois l'inoculation de la variole. Il n'y a aucune parité à établir. La variole est inoculable, il est vrai, comme la syphilis, mais elle est aussi infectieuse ; son virus est, dans ce dernier cas, transporté par l'air. S'il vient alors à s'abattre sur une population, nul n'est à l'abri de ses coups ; on ne peut pas l'éviter ; on l'absorbe par la peau, on le respire, il pénètre par tous les pores ; et celui qui se tiendra éloigné des malades en sera frappé aussi facilement que celui qui les fréquente. Donc le développement de la variole est fatal et involontaire. Mais, de plus, il y a des degrés différents de gravité dans la variole, selon qu'elle se développe sous l'influence de l'infection ou sous celle de l'inoculation : grave dans le premier cas, elle est généralement bénigne dans le second, car elle peut alors rester toute locale, et préserver néanmoins de toute attaque ultérieure.

Or, il n'en est pas de même de la syphilis ; elle ne règne pas dans l'air et n'est pas de nature infectieuse ; si, au XVe et au XVIe siècle on l'a considérée comme *épidémique*, c'est qu'on ignorait son mode de propagation. Elle ne peut régner que d'une manière *endémique*, et dans des populations qui, connaissant parfaitement son origine, ne craignent pas de se tremper à cette source impure, qu'elles viennent grossir à leur tour. La syphilis est simplement inoculable, et elle n'a pas d'autre mode de propagation. Son développement n'est ni fatal ni involontaire ; on peut éviter la contagion en s'éloignant des malades. Enfin, puisque la syphilis n'a qu'un mode de reproduction, la contagion, elle ne saurait avoir des degrés différents de gravité. Nous admettons bien qu'elle a des formes variées selon les individus, selon le tempérament, la constitution, et nous répéterons volontiers avec M. Ricord : *N'a pas la vérole qui veut*. Mais ce sont là des résultats individuels : tel individu sain peut être à l'abri d'un coït infectieux et de l'inoculation, mais le plus grand nombre gagnera la vérole par l'inoculation aussi bien que par le coït, et alors il n'y aura aucune différence entre les résultats des deux inoculations. L'individu qui, sans aucun plaisir, aura contracté la syphilis par l'inoculation, sera

(1) Auzias-Turenne, *Gazette médicale*, janvier 1848, 25 janvier 1851, 31 juillet, 1852. — L.-J. Sperino, *Mémoire sur la syphilisation de l'homme*, 1851 (*De la syphilisation*, Paris, 1853, p. 205 à 240). — *La syphilisation étudiée comme méthode curative et comme moyen prophylactique des maladies vénériennes*. Turin, 1853, in-8. — *De la syphilisation et de la contagion des accidents secondaires de la syphilis*. Paris, 1853, in-8. — P. Diday, *Gazette médicale*, 1849, p. 751, 770 et 977 ; 1850, 1851, 1852. — *Exposition critique et pratique des nouvelles doctrines sur la syphilis*. Paris, 1858, p. 501 et suiv.

tout aussi bien atteint d'accidents secondaires et tertiaires que celui qui l'aura reçue d'une autre manière; et, pour être préservé, il passera fatalement par la période d'intoxication accompagnée de ses graves accidents. Or, nous le demandons, où est le bénéfice de la *syphilisation?* Le seul résultat évident, c'est qu'on aura eu nécessairement des accidents sérieux, que très probablement on n'aurait pas éprouvés en évitant des rapports suspects. Nous ne voyons pas plus de danger pour un homme à se syphiliser par la débauche que par la lancette. De cette façon, au moins, il y aura un certain nombre de personnes qui ne seront jamais contaminées.

Enfin, quoique les questions de moralité soient rarement traitées dans les livres de médecine, nous croyons de notre devoir d'en dire ici quelques mots.

A notre avis, la syphilisation est immorale! Syphiliser un enfant, un jeune homme ou un adulte, c'est lui donner carte blanche pour la débauche; c'est le rendre invulnérable, le munir d'un talisman à l'aide duquel il pourra se vautrer sans crainte dans toutes les ignominies et les fanges où se plongent les voluptueux.

D'ailleurs nous ne savons pas si un père a le droit de faire syphiliser son enfant; car l'inoculation, comme la contagion ordinaire, peut donner lieu à des accidents graves, tels que le phagédénisme, ou à des accidents secondaires et tertiaires qui peuvent durer toute la vie.

Enfin devra-t-on syphiliser les filles? Cette injure gratuite faite à leur conduite dans l'avenir et à la moralité de leurs maris, inspire la plus profonde répugnance.

Les bonnes mœurs sont la meilleure des syphilisations.

Nous n'en dirons pas davantage sur ce sujet, parce que les syphilisateurs eux-mêmes ont renoncé à la syphilisation préventive, dans la discussion qui a eu lieu à l'Académie de médecine (1). Mais ils ont conservé l'autre moitié de leur doctrine, dont nous n'avons pas encore parlé.

Selon eux, l'inoculation peut être un moyen de guérir la maladie une fois développée. Pratiquée d'une certaine manière, elle produit une espèce de *saturation syphilitique* de toute l'économie, laquelle saturation ne ressemble pas à la syphilis constitutionnelle; elle en diffère de tous points, elle lui est antagoniste, et elle prévient le développement des accidents secondaires et tertiaires. Voici comment M. Auzias-Turenne est arrivé à ces singulières conclusions.

Il est parvenu, ce que personne n'avait pu faire avant lui, à inoculer des chancres à quelques animaux, tels que des singes, des chats, des chiens, des rats, des chèvres, etc.; on remarquera que nous disons *des chancres*, et non *la syphilis*. Plusieurs observateurs, en évitant comme lui les parties où l'animal peut *se lécher*, ont réussi, et ce qui prouve la réalité de la nature chancreuse des ulcères, c'est que le pus fourni par les chancres de ces animaux a reproduit des chancres chez l'homme. Nul ne peut contester ce résultat, et M. Diday l'a démontré de la manière la plus péremptoire.

C'est là le point de départ, la base, la pierre angulaire de l'édifice, car du moment que l'on pouvait expérimenter sur les animaux, le champ de l'observation s'élargissait.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1852-53, t. XVII.

...r, l'auteur a remarqué que si l'on pratiquait des inoculations nombreuses ...ssives et rapprochées, les chancres duraient de moins en moins longtemps; ...alement, l'inoculation ne pouvait plus en produire. Les animaux étaient ...ment devenus réfractaires au pus chancreux; et comme ils n'avaient pas ...té d'accidents secondaires, on en conclut que la saturation rapide de l'éco- ...ie avait empêché l'état syphilitique constitutionnel. Cette immunité fut ...mée *syphilisation.*

... pouvait paraître légitime d'appliquer à l'homme ces conclusions : Un individu ... chancre ; pour prévenir l'état constitutionnel, il ne s'agit que de l'inoculer ...ptement, à plusieurs reprises et à des intervalles rapprochés, soit avec le pus ... propre chancre, soit, suivant les cas, avec un *pus supérieur* ou un *pus* ...*rieur*. Au bout de quelque temps, il deviendra réfractaire, il sera *saturé* ou ...*ilisé*, et il n'aura pas eu la syphilis constitutionnelle ordinaire.

...ais il y a bien des objections *expérimentales* à faire à cette doctrine. D'abord, ... bien certain que si les animaux inoculés ont eu des *chancres*, ils n'ont pas eu ...*hilis*, c'est-à-dire ce cortége de symptômes qui commence par les maladies ... peau et se termine par les lésions des os et des viscères. Ils ont servi tout ...plement, comme on l'a dit, de terrain de transition. D'un autre côté, si, chez ...mme, l'immunité contre le chancre a été obtenue par plusieurs inoculations, ... ne préserve pas réellement de la vérole; au bout de quelque temps, l'aptitude ...l'inoculation et aux autres accidents reparaît. Pendant le cours des inoculations ...ccessives, on voit des accidents secondaires, ainsi que cela a été observé chez un ...ne médecin, M. L..., qui s'est soumis à l'examen de l'Académie de médecine. ...fin, le fait même des inoculations successives démontre d'une manière formelle ...'il ne s'agit pas de syphilis proprement dite; car, ainsi que nous le dirons plus ...in, l'existence d'un chancre induré est une garantie contre d'autres inoculations ; ... n'a certainement inoculé que des chancres *mous*, c'est-à-dire *non infectants*, ..., par conséquent, non préservateurs (voyez article *Chancre*).

Les tentatives de syphilisation ont été hautement condamnées par l'Académie de ...decine. Si nous en avons parlé, c'est pour montrer toutes les incertitudes et tous ... dangers de semblables recherches.

Cependant, si la syphilisation paraît avoir perdu en France toute espèce de ...rédit, il n'en est pas de même à l'étranger; témoin les ouvrages de MM. Boëk (1) ... Faye, de Christiania, et dont on trouvera l'analyse dans un mémoire de ... Follin (2). La discussion de ces travaux a donné lieu à quelques explications ...uvelles sur le mode d'action de la prétendue syphilisation, explications dont nous ...lons parler à l'occasion du traitement de la syphilis par les vésicatoires.

Traitement par les vésicatoires (Cullerier). — M. Cullerier a reconnu que cer...ins accidents graves et de longue durée, comme le chancre compliqué de phagé...énisme, l'ulcère chancreux d'un bubon, se guérissent rapidement, lorsqu'il se ...it spontanément, et au voisinage des lésions, une nouvelle inoculation, et que de ...uveaux chancres se développent; ou bien, lorsqu'une *poussée inflammatoire* se ...nifeste dans les parties malades. Y a-t-il là un effet de dérivation, de révulsion

(1) *De la syphilisation appliquée aux enfants*, trad. de Hagen. Paris, 1857.
(2) *De quelques doctrines modernes sur la syphilis* (*Arch. gén. de méd.*, 1858).

ou de dépuration ? Y aurait-il lieu de rappeler le vieil adage : *Duobus doloribus*, etc.? C'est ce que nous ignorons complétement. Toutefois l'observation ne passa pas inaperçue sous les yeux d'un médecin expérimenté comme M. Cullerier, et il se demanda si des irritations multiples ne pourraient pas guérir, ou au moins amender des accidents rebelles de syphilis. Il pensa avoir trouvé là l'explication des faits assez singuliers avancés par les syphilisateurs, et il institua, en conséquence, des expériences moins dangereuses que les leurs.

Il fit appliquer, chez des individus atteints de chancres, chaque jour ou à peu près, de 4 à 6 petits vésicatoires volants sur le devant de la poitrine ; les préparations mercurielles ne furent pas employées, et les chancres guérirent plus rapidement que par toute autre méthode. Ce moyen eut surtout du succès pour les chancres rebelles aux cautérisations et même au fer rouge. Mais hâtons-nous de le dire, cela ne prévient nullement les accidents secondaires. Toutefois c'est un moyen qui, certes, vaut mieux que la syphilisation.

Appliqués dans les cas de ces roséoles longues et rebelles, de ces douleurs rhumatoïdes qui fatiguent tant les syphilitiques, les vésicatoires volants, petits ou grands, ont eu les mêmes effets. Leur action n'a pas été étudiée dans les accidents tertiaires.

Le traitement par les vésicatoires réussit principalement contre les chancres rebelles, contre ceux accompagnés de phagédénisme, contre les syphilides et les plaques muqueuses ; il est à peu près impuissant contre les affections des muqueuses, telles que les plaques muqueuses de la bouche et du pharynx, les ulcérations de la gorge et l'iritis. Tandis que, pour les syphilisateurs, la mercurialisation s'oppose à la syphilisation, pour M. Cullerier elle ne contrarie en rien l'action du vésicatoire : mercure et vésicatoire se prêtent un mutuel secours. Mais ce moyen prévient-il les récidives ? Nullement ; car, selon M. Cullerier, *il n'existe aucun traitement de la syphilis avec lequel les récidives ne soient la règle ;* la cessation des symptômes syphilitiques est une trêve plutôt qu'une paix réelle : *Magis inducias facit quam pacem* (Vidus Vidius).

La découverte de M. Cullerier nous paraît importante à plusieurs égards : les vésicatoires volants, bien employés, peuvent guérir non la maladie, mais certains accidents rebelles de la première et de la deuxième période ; ils réussissent là où la cautérisation et le mercure ne produisent pas d'amendement ; leur action s'associe très bien à celle du mercure ; ils peuvent être utiles chez les personnes qui ne supportent pas le mercure.

Maintenant on s'est demandé quel est le mode d'action des vésicatoires. Nous écartons l'idée d'une dépuration, car il est évident que les vésicatoires, l'iodure de potassium, ni même le mercure, ne *guérissent* la syphilis ; ils en *détruisent* les symptômes *actuels*, mais sans empêcher la *récidive*. Mais ne pourraient-ils pas amener une sorte de résistance locale à l'action de la cause générale. Vidal a le premier constaté qu'au voisinage d'un chancre l'inoculation est difficile ou impossible, tandis que loin de sa sphère d'action elle se fait sans peine. Or, M. Cullerier a constaté également que, au bout d'un certain temps, les petits vésicatoires ne prennent plus. Il y a peut-être dans ces données les éléments nécessaires pour expliquer la syphilisation.

On trouvera à ce sujet les renseignements les plus intéressants dans le travail de

M. Follin (1), et dans la thèse de M. Parisot (2), à laquelle nous avons emprunté presque tout ce qui précède.]

IIIe SECTION. — DU CHANCRE.

Les ulcères vénériens peuvent survenir parfois presque immédiatement, et plus souvent peu de jours après l'infection syphilitique, ou bien un temps plus long et très variable après que les premiers signes d'infection se sont montrés. Dans le premier cas, on désigne ces ulcères sous le nom de *chancres primitifs*, et dans le second, sous celui de *chancres consécutifs*, indices d'une syphilis constitutionnelle. Telle est du moins la division qui a été longtemps adoptée; mais aujourd'hui on établit une différence tellement tranchée entre ces deux espèces d'ulcères, que le langage tend à changer, et que beaucoup d'auteurs réservent le nom de *chancre* à l'ulcère primitif, le refusant à l'ulcère consécutif, dont, suivant M. Ricord, il se distingue par cette circonstance capitale, que le véritable chancre a pour caractère de s'inoculer avec la plus grande facilité, tandis que la seconde espèce ne s'inocule pas. Sans vouloir ici trancher cette question, sur laquelle je reviendrai, je dirai que mon intention est de ne traiter dans cet article que du chancre primitif, ayant déjà parlé de quelques ulcères secondaires, comme ceux qui se montrent à la gorge, et me réservant, comme M. Cazenave, de traiter d'une manière générale des ulcères vénériens consécutifs, dans l'histoire des *symptômes concomitants des syphilides*.

Je n'ai pas la prétention de donner ici un historique de cette maladie; je dirai seulement qu'on a beaucoup disserté sur l'origine plus ou moins ancienne des ulcères vénériens, et que cette question est encore plus obscure que celle de l'origine de la blennorrhagie. Cependant M. Cazenave (3) a réuni un si grand nombre de preuves en faveur de l'existence de cette affection dans l'antiquité, que l'on ne peut s'empêcher de se ranger à son opinion. Ce qui fait sans aucun doute que les auteurs grecs, latins et arabes ne nous ont pas donné une description plus précise des ulcères vénériens, c'est qu'on n'avait pas encore observé de ces grandes épidémies qui, aux XVe et XVIe siècles, attirèrent si fortement l'attention des médecins, et que ces affections, plus ou moins soigneusement cachées par les malades, ayant des formes à peu près semblables à celles d'autres affections dont elles ne se distinguent que par leur spécificité, les auteurs les ont le plus souvent rangées parmi les maladies ordinaires, sans découvrir qu'elles forment un groupe des plus distincts dans le cadre nosologique. Cependant les passages de Michael Scot (4), de Guillaume de Salicet (5), de Lanfranc (6) et de plusieurs autres, sont déjà assez explicites pour que l'existence de la syphilis avant l'épidémie du XVe siècle ne paraisse pas douteuse.

Mais c'est à dater de cette dernière époque que des descriptions nombreuses, détaillées, précises, sont venues éclairer le monde médical. Une infinité d'auteurs, que je ne peux pas citer, ont entrepris dès ce moment l'étude des affections syphi-

(1) *Archives de médecine*, 1858.
(2) *Études sur un nouveau traitement de la syphilis*, Thèse. Paris, 22 mai 1858.
(3) *Traité des syphilides*, p. 17 et suiv.
(4) *Opus.*, 1477, cap. VI.
(5) *Chirurgia*, I, 42, 1476.
(6) *Parva cirurgia*, etc. Mediol., 1476.

litiques, et ont commencé cette série de travaux importants, parmi lesquels ceux d'Astruc, de Swediaur, de Hunter, de Gruner, de Jourdan, sont surtout célèbres. Dans ces dernières années, l'étude des maladies syphilitiques, et par conséquent du chancre, qui est la principale, a été continuée avec ardeur, et les ouvrages de Cullerier, de MM. Ricord, Baumès, Cazenave, Gibert, Ludwig Dietrich et plusieurs autres, sont venus augmenter nos connaissances sur cette partie importante de la pathologie. Il a paru en outre un bon nombre de mémoires que j'aurai soin de citer dans l'occasion.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

D'après ce que j'ai dit plus haut, je dois donner le nom de *chancre* à un ulcère transmis par la contagion vénérienne, dont il est un accident primitif. C'est lui qu'on trouve décrit dans beaucoup d'auteurs sous les noms d'*ulcère vénérien* et d'*ulcère syphilitique*, dénominations qui ne sont pas justes si l'on n'y ajoute l'épithète de *primitif*, car elle comprend deux espèces de lésions qui se montrent dans des circonstances dissemblables, qui n'ont pas la même valeur séméiotique relativement à l'infection générale, et qui diffèrent par quelques-uns de leurs caractères.

La *fréquence* du chancre est grande, mais beaucoup moins que celle de la blennorrhagie.

§ II. — Causes.

Il semble presque puéril de parler des causes du chancre, puisqu'il est évident pour tout le monde que cette affection a pour unique cause productrice la *contagion*. Il n'en est pourtant pas ainsi. Tout en reconnaissant la nécessité de cette cause, on a émis des opinions très diverses sur les conditions dans lesquelles se transmet le chancre par la contagion, et de plus on a attribué à certains états morbides généraux la faculté de modifier l'ulcère vénérien; ce seraient donc là des causes de certaines espèces de chancres, et il s'agit d'examiner jusqu'à quel point cette manière de voir est exacte.

1° Causes prédisposantes.

Les causes prédisposantes ont évidemment beaucoup moins d'importance relativement au chancre que relativement à la blennorrhagie. Une seule réflexion le prouvera : si l'on inocule, sur un individu quelconque, le pus du chancre dans la période de progrès de l'ulcère, on est sûr que le chancre sera transmis; il en sera de même si un individu ayant une écorchure à la verge communique avec une femme ayant un chancre; toute prédisposition, en pareil cas, est inutile. Cependant beaucoup d'auteurs ont cité des sujets qui ont pu communiquer plusieurs fois avec des femmes évidemment infectées sans contracter la maladie, tandis que d'autres, ayant commerce avec les mêmes femmes, la contractaient très facilement. On est naturellement porté à admettre, quoiqu'on n'en ait pas la démonstration directe, que cette espèce d'immunité est due à une moins grande perméabilité des tissus, tandis que la disposition contraire favorise singulièrement la contagion. Il

n'est pas douteux, en outre, qu'un individu dont la muqueuse préputiale se déchire, s'éraille facilement, ne soit beaucoup plus exposé qu'un autre à la contagion.

Nous verrons plus loin qu'on a admis l'existence de chancres scrofuleux, scorbutiques, arthritiques. Il s'ensuivrait donc que les sujets qui présentent le *vice scrofuleux*, *scorbutique*, etc., sont prédisposés à offrir ces formes particulières de la maladie. Je dis prédisposés, parce que personne ne peut nier que, parmi ces sujets, il en est un bon nombre qui présentent le chancre avec ses caractères ordinaires. Je me contente d'indiquer ici cette opinion, me réservant de discuter plus loin si l'existence de ces espèces particulières de chancres doit être admise d'une manière aussi explicite.

Enfin, dans la manière de voir de plusieurs auteurs, il faudrait admettre une prédisposition bien prononcée de la part de certains individus à contracter le chancre, puisqu'ils ne doutent pas de la réalité de certains faits dans lesquels on voit des sujets prendre un ou plusieurs chancres là où il n'existe qu'une simple *blennorrhagie*, et où d'autres individus ne prennent qu'un écoulement. Mais c'est là une question qui exige quelques développements, et que je vais aborder en exposant les causes occasionnelles.

2° Causes occasionnelles.

Pour quelques auteurs, parmi lesquels il faut citer B. Bell (1), Hernandez, et dans ces derniers temps M. Ricord, qui a multiplié les expériences pour soutenir cette opinion, le chancre ne peut provenir que d'un chancre, et le pus blennorrhagique, lorsque l'affection n'est pas compliquée, ne saurait le produire. Mais M. Cazenave a rapporté des exemples de chancres contractés par le contact des parties génitales avec la matière de l'écoulement blennorrhagique. D'un autre côté, l'expérimentation elle-même est venue en aide sur ce point à l'observation; on connaît les expériences de Hunter, qui en avait tiré la conclusion suivante : « J'ai démontré, dit-il (2), que la gonorrhée et le chancre présentent la même disposition morbide, au point qu'ils produisent la même espèce de pus. »

Enfin, M. de Castelnau (3) a publié une observation où l'on voit l'inoculation pratiquée avec du pus blennorrhagique, en l'absence de toute complication, ce dont on s'était assuré par le plus minutieux examen, être suivie de la pustule caractéristique du chancre, comme si l'on avait inoculé le pus chancreux lui-même. La même doctrine a été également soutenue par M. Vidal (4). Tels sont les faits pour et contre. Je dois ajouter que, d'après les nouvelles recherches de M. Ricord (5), ces cas dans lesquels le pus blennorrhagique aurait communiqué un chancre deviennent excessivement rares depuis que l'on recherche avec tout le soin nécessaire l'ulcération chancreuse, et que son opinion, fondée sur une observation plus sévère, tend chaque jour à prévaloir.

Comme nous ne pouvons pas introduire un livre dans un autre livre, nous

(1) *Inquiry into some effects of the vener. poison*, 1802.
(2) *Traité de la maladie vénérienne*, trad. par Richelot. Paris, 1852, p. 446.
(3) *Recherches sur l'inoculation appliquée à l'étude de la syphilis*. Paris, 1841.
(4) *Précis théor. et prat. sur les maladies vénériennes*, 2ᵉ édit. Paris, 1855.
(5) Voy. *Lettres sur la syphilis* (*Union médicale*, 1850).

sommes obligé de renoncer à la discussion approfondie de cette question. Nous nous bornons à indiquer, à l'appui des opinions de M. Ricord, les ouvrages récents de MM. Maisonneuve et Montanier (1), Yvaren (2), Diday (3), Fournier (4) et la thèse de M. Nadau des Islets.

La *dénudation du derme* est évidemment une des plus puissantes causes déterminantes de l'inoculation du virus syphilitique qui produit le chancre; on conçoit très bien, en effet, que, dans un certain nombre de cas, elle ait occasionné la production de la maladie, qui sans elle n'aurait pas été contractée. Une écorchure dans une partie quelconque du corps peut devenir le siége du chancre, car le simple contact de la portion du derme dénudé avec le pus virulent suffit pour produire l'infection. Tout le monde connaît les exemples de chancres contractés par le simple toucher, par le contact des lèvres, etc.

Il est une opinion qu'il serait à peine nécessaire d'indiquer, si elle n'avait été soutenue par des hommes recommandables: c'est qu'il est nécessaire, pour que la contagion ait lieu, que les organes soient dans un certain orgasme. Les faits de simple contact qui abondent dans la science, et ceux d'inoculation, prouvent combien cette opinion est peu fondée.

M. Ricord a établi entre les chancres primitifs ou chancres proprement dits, et les ulcères consécutifs, une distinction des plus importantes : c'est que les premiers seuls ont la faculté de se transmettre par contagion. Nous verrons même, en parlant de l'inoculation, à propos du *diagnostic*, que ce n'est qu'à une certaine période du chancre que, suivant lui, la contagion peut avoir lieu.

Tous les auteurs n'ont pas admis cette différence entre les chancres et les ulcères consécutifs. M. Cazenave, entre autres, tout en reconnaissant que les premiers communiquent l'infection avec une facilité incomparablement plus grande que les derniers, s'exprime ainsi à ce sujet : « De même, dit-il (5), que certains accidents primitifs, complétement pourvus du caractère contagieux, ne peuvent cependant pas communiquer l'infection à certains individus, de même il est probable que les phénomènes secondaires, quoique généralement inoffensifs, peuvent cependant devenir contagieux pour certaines personnes, et, dans les deux cas, il y a une exception qui n'est explicable que par ce que j'ai déjà dit de l'individualité. » On voit que M. Cazenave n'avait alors ni expériences ni faits à opposer aux expériences et aux faits cités par M. Ricord; seulement il restait dans le doute, et croyait à la possibilité de quelques cas exceptionnels. Mais depuis lors, il est survenu des observations recueillies par MM. Wallace, Waller, Bouley et Richet, et M. Cazenave, lui-même, qui ont changé l'état de la question, ainsi qu'on a pu le voir dans la discussion qui a eu lieu en 1852 à l'Académie de médecine (6). La transmission par contagion des accidents secondaires n'a plus paru douteuse dans un certain nombre de cas, et ce fait, que la transmissibilité de la syphilis *par hérédité* rendait déjà infiniment probable, est définitivement adopté par la très grande majorité des

(1) *Traité pratique des maladies vénériennes*. Paris, 1853.
(2) *Des métamorphoses de la syphilis*. Paris, 1854.
(3) *Exposition critique et pratique des nouvelles doctrines sur la syphilis*. Paris, 1858.
(4) *De l'inoculation du chancre mou à la région céphalique*. Thèse, Paris, 31 août 1858.
(5) *Loc. cit.*, p. 126.
(6) *De la syphilisation et de la contagion des accidents secondaires de la syphilis*, communications à l'Académie de médecine. Paris, 1853.

médecins. Vidal (de Cassis), qui l'avait démontré expérimentalement, l'a parfaitement établi, en rassemblant tous les documents authentiques dans son ouvrage sur la syphilis (1), où l'on trouvera la question traitée dans tous ses détails.

Il n'en est pas moins certain que le fait général, si bien mis en lumière par M. Ricord, a une importance réelle; car il est des ulcères consécutifs qui ressemblent parfaitement au chancre, et qui néanmoins ne paraissent s'inoculer que dans des circonstances exceptionnelles ou par des procédés particuliers, ce que l'on était loin d'admettre avant lui.

Ainsi : 1° *règle générale*, pour contracter un chancre, il faut le contact d'une partie du corps (intacte ou érodée s'il s'agit d'une muqueuse; le plus souvent érodée, éraillée, écorchée, s'il s'agit de la peau) avec le pus du chancre proprement dit ou ulcère primitif; 2° il n'est nécessaire d'aucun orgasme pour cela; 3° s'il est aujourd'hui prouvé que les symptômes secondaires peuvent se transmettre par contagion, ce n'est que dans des cas exceptionnels qui ne détruisent pas la règle générale.

§ III. — Symptômes.

Pour étudier les symptômes du chancre, on a proposé plusieurs divisions principalement tirées de la forme de l'ulcère. M. Dietrich (2) en admet cinq espèces, qui sont les suivantes : 1° l'*ulcère simple et superficiel;* 2° l'*ulcère simple et profond*, qui résulte souvent de la suppuration des follicules muqueux; 3° l'*ulcère hypertrophique*, qui ne paraît être autre chose que l'*ulcus elevatum;* 4° l'*ulcère calleux* ou *chancre huntérien ;* 5° l'*ulcère compliqué*, dont les variétés sont l'ulcère *syphilitico-scrofuleux*, l'ulcère *syphilitico-saburral* et *syphilitico-scorbutique*, l'ulcère *syphilitico-arthritique*, l'ulcère *syphilitico-impétigineux*, et enfin l'ulcère *syphilitico-mercuriel.* Cette division paraîtra beaucoup trop subtile, surtout en ce qui concerne l'ulcère compliqué; car, dans les descriptions du savant auteur allemand, on ne trouve aucune différence assez tranchée pour qu'on soit autorisé à admettre ces distinctions, qui résultent plutôt de la manière de concevoir certains faits que d'une observation rigoureuse.

La division suivante est la plus généralement adoptée :

1° *Chancre induré* ou *chancre huntérien :* c'est la forme qui se présente à l'observation dans la très grande majorité des cas; c'est elle qu'on peut regarder comme le type de l'ulcère vénérien primitif.

2° *Chancre simple* ou *superficiel*, dans lequel le fond est au niveau des bords, où l'on ne trouve pas d'induration.

3° *Chancre phagédénique.*

Ces trois espèces comprennent des variétés qui seront indiquées dans la description suivante, c'est là la division que je vais suivre.

Incubation. — Quelle que soit l'espèce de chancre à laquelle on ait affaire, il se passe toujours un temps plus ou moins long avant que les symptômes deviennent assez notables pour fixer l'attention. Aussi presque tous les auteurs ont-ils reconnu une période d'incubation. M. Ricord, néanmoins, refuse d'admettre cette période.

(1) *Traité des maladies vénériennes*, Paris, 1853 : *Notions préliminaires.*
(2) *Nouveau traité des maladies vénériennes.*

Pour lui, dès le moment de l'application du pus virulent, l'action morbifique, qui agit localement, est commencée. Il s'est fondé, pour soutenir cette opinion, sur ce qui se passe quand on pratique l'inoculation ; il a vu, en effet, le travail commencer dans la piqûre et se manifester par une faible rougeur, un petit picotement, etc., très peu de temps après que le liquide virulent a été introduit sous l'épiderme. Mais on a fait remarquer avec raison qu'on ne pouvait pas comparer rigoureusement ces cas d'inoculation avec ceux où le virus a été mis en contact avec les tissus recouverts de leur tégument intact. Ce qu'il y a de certain, c'est que, pendant un temps qui est ordinairement de deux à quatre jours, mais qui peut varier entre vingt-quatre heures et huit jours, ou plus, suivant plusieurs auteurs, un examen attentif de la partie qui doit être plus tard le siége du chancre n'y fait rien apercevoir, et que les sujets infectés n'éprouvent encore rien : c'est là ce qu'on a appelé la période d'incubation.

Début. — M. Ricord est de tous les auteurs celui qui a le mieux étudié les diverses manières dont peut débuter le chancre. Ces débuts différents sont déterminés par la nature des tissus affectés, et par l'état d'intégrité ou d'altération dans lequel ils se trouvent.

Chez l'homme, lorsqu'il se développe sur le tégument qui recouvre le gland et le prépuce, et si ce tégument était intact au moment de l'infection, le chancre débute ainsi qu'il suit : Quelques sujets éprouvent un certain chatouillement, un picotement incommode, quelquefois un sentiment de brûlure dans le point où doit exister le chancre, et où l'on n'en voit pas encore de traces. Ce sont là les symptômes auxquels on a donné le nom de *prodromes*. On a beaucoup exagéré la fréquence et l'importance de ces prodromes, que l'on a souvent admis par suite d'un examen superficiel. Il est certain que, dans la grande majorité des cas, ils n'existent pas, et que, lorsque les symptômes qui les constituent se montrent, c'est que déjà il y a une altération appréciable du tissu où doit siéger le chancre. Cette première altération est une tuméfaction peu considérable, circonscrite, n'ayant ordinairement qu'une très petite étendue, et présentant une rougeur plus ou moins vive. C'est à ce moment que se manifeste ordinairement la démangeaison ou douleur cuisante du début. Peu d'heures après, on voit apparaître une très *petite phlyctène* à laquelle on a donné le nom de *pustule caractéristique*. Suivant Cullerier, le siége de l'induration, surmontée de la pustule dont il s'agit, est ordinairement un follicule. La sérosité contenue dans cette pustule ne tarde pas à s'écouler par suite de la rupture de l'épiderme ; on voit lui succéder une altération : le chancre existe.

Lorsque le chancre apparaît sur la peau, ce que l'on voit le plus souvent sur la verge et sur le scrotum, les choses se passent à peu près de la même manière, sauf que la sérosité contenue dans la vésicule se desséchant promptement, il en résulte une croûte qui, tombant ou étant arrachée par le malade, laisse à nu l'ulcère vénérien.

Si le chancre se développe sur une éraillure de la muqueuse ou de la peau, ou bien sur une exulcération d'une autre nature, ou enfin sur une plaie quelconque, il ne passe pas par les évolutions que je viens d'indiquer ; le début est plus rapide et les solutions de continuité prennent tout d'abord la forme ulcéreuse.

Enfin il est un début propre à certains chancres qu'on observe *chez la femme*. M. Ricord a vu assez souvent des follicules vaginaux s'enflammer, se tuméfier, se remplir de pus et former ainsi de petits abcès qui, au bout d'un certain temps, se

vident dans le vagin par une ouverture dont les bords, loin de se fermer, se renversent, s'ulcèrent et constituent les bords d'un chancre dont le fond est formé par les parois de l'abcès, qui prennent l'aspect des surfaces chancreuses.

Symptômes. — Pour la description des symptômes, je dois d'abord exposer ce qui appartient aux espèces que nous avons admises et à leurs variétés; je dirai ensuite quels sont les caractères communs des diverses sortes de chancres.

1° *Chancre induré, ou chancre huntérien.* — Cet ulcère se présente avec une forme arrondie plus ou moins régulière; les bords en sont élevés et durs, d'un rouge obscur ou cuivré. La rougeur et la dureté s'étendent plus ou moins loin dans les tissus environnants, mais les limites extrêmes en sont ordinairement assez bien tranchées. Les bords sont souvent coupés à pic; quelquefois ils sont obliques, mais ne se confondent pas avec le fond d'une manière tout à fait insensible. Il n'est pas rare même de voir entre eux et ce fond une espèce d'enfoncement circulaire qui semble les séparer; parfois ces bords sont irrégulièrement découpés, et comme déchiquetés dans une plus ou moins grande partie de leur étendue. Le fond est grisâtre; il présente souvent comme une demi-transparence et paraît lardacé. Il est dur et inégal à sa surface. En pressant avec le doigt sur toute la surface du chancre, on sent qu'il existe au-dessous de lui une induration qui pénètre à une certaine profondeur et qui se confond avec celle des bords. Bell avait comparé cette induration à la moitié d'un pois sec qui serait placée sous l'ulcération.

Cette induration, d'après les observations de M. Ricord, ne précède jamais le chancre. « Bien plus, dit cet auteur, elle ne survient guère qu'après le cinquième jour de l'infection, et le plus ordinairement plus tard. Ce qui a pu tromper quelques observateurs, ce sont les cas dans lesquels la maladie avait débuté dans un follicule dont l'orifice avait pû d'abord s'oblitérer ou être le siége d'une très petite ulcération; ceux où elle avait pris naissance dans le tissu cellulaire, dans un vaisseau lymphatique ou dans un ganglion, circonstances dans lesquelles, comme je l'ai dit ailleurs, il se forme autour du point infecté une surface de chancre et une coque indurée ou espèce de kyste calleux; et enfin ceux où il survient des ulcérations consécutives sur les indurations qui peuvent rester après la cicatrisation des premiers chancres. »

Le *pus* sécrété par le chancre est le plus souvent très abondant, relativement à la petite surface sécrétante. Il est ordinairement mal lié; sa couleur est grisâtre, et est parfois rendue sanieuse par la présence d'une certaine quantité de sang.

Pendant un temps qui varie beaucoup dans les divers cas et suivant la manière dont l'affection est traitée, le chancre fait des progrès en étendue, tout en conservant ses caractères. C'est là la *période de progrès* sur laquelle M. Ricord a tant insisté, et dont j'aurai à parler de nouveau à l'article du diagnostic.

Cette espèce de chancre n'acquiert jamais une très grande étendue, à moins que, par une circonstance particulière, l'ulcère ne vienne à changer de caractère, ce qui est au moins excessivement rare. La largeur de son fond ne dépasse pas 3, 6 ou 8 millimètres. Il est des cas où l'ulcération acquiert, il est vrai, une étendue beaucoup plus considérable; mais en examinant attentivement l'état de la partie malade, on voit que ces larges ulcérations résultent souvent de la réunion d'un certain nombre de petits chancres primitifs. Lorsque le chancre a acquis l'étendue que je

viens d'indiquer, il reste en cet état pendant un certain temps, et cette période a été désignée par quelques auteurs sous le nom de *période d'état*.

Enfin, lorsque le chancre tend à la guérison, on voit les bords s'affaisser, pâlir, ainsi que l'aréole qui les entoure; ils tendent à se mettre de niveau avec le fond qui se déterge, devient rosé, se couvre de bourgeons charnus comme un ulcère simple, et ne sécrète plus qu'une petite quantité de pus bien lié et blanc. Le chancre entre alors dans la *période de réparation*, suivant l'expression de M. Ricord.

Plus tard encore, les bords se rapprochent, et il se forme une cicatrice qui reste plus ou moins longtemps blanchâtre et légèrement déprimée, tandis que toute la partie occupée par le chancre conserve assez souvent une légère tuméfaction, et est le siége d'une induration qui ne se dissipe parfois que très lentement, si l'on n'emploie pas un traitement approprié.

Le caractère le plus important du chancre huntérien est sans contredit l'induration. Nous verrons, en effet, plus loin, quelles conséquences pratiques on doit tirer de la plus ou moins grande persistance de cette dureté particulière, et quelles lumières elle jette sur le diagnostic; et en outre nous allons voir, en étudiant les principales variétés de cette espèce, que les autres caractères peuvent manquer ou ne se présenter qu'avec d'assez grandes modifications, tandis que l'induration est constante.

On a décrit sous le nom d'*ulcus elevatum* une variété de chancre dans laquelle l'induration soulève la surface ulcérée, de manière que le fond s'élève au niveau des bords et les dépasse même quelquefois. C'est à tort que quelques auteurs ont voulu rapprocher cette variété de celle que je vais décrire sous le nom de *chancre simple*, dans laquelle il n'y a qu'une exulcération superficielle; on le peut d'autant moins que l'induration caractéristique du chancre huntérien est portée ici à son summum, et que si l'ulcère paraît superficiel, on ne doit pas se laisser tromper par cette fausse apparence.

Dans quelques cas, au contraire, l'induration n'occupe que les bords, le fond restant souple. C'est là ce que Wallace appelait la *syphilis annulaire*.

Chez quelques sujets, le fond de l'ulcère se boursoufle, et par suite vient s'élever au-dessus du niveau des bords. On a voulu rapprocher cette variété de celle que j'ai désignée plus haut sous le nom d'*ulcus elevatum;* mais il n'y a de semblable ici que les apparences. Ce n'est plus, en effet, l'induration qui, en dépassant les bornes ordinaires, a soulevé la surface ulcéreuse : c'est un épaississement de l'ulcération elle-même, ce qui est très différent.

Enfin, dans quelques cas, on voit le chancre, au lieu de se cicatriser complétement, se couvrir de bourgeons charnus trop abondants, qu'on ne peut pas réprimer; ce qui constitue le *chancre fongueux* ou *végétant*.

Il est utile d'avoir ces diverses variétés présentes à l'esprit, parce que si on les perdait de vue, on pourrait, dans certaines circonstances, méconnaître la nature de la maladie; mais il est à peine nécessaire de faire remarquer que, sous tout autre rapport que le diagnostic, elles n'ont qu'une très faible importance, car au fond l'affection reste toujours la même.

Le chancre induré produit constamment des engorgements ganglionnaires ou bubons, qui débutent vers le cinquième jour ou au plus tôt le troisième, mais ra-

rement vers le deuxième septénaire. Il y a toujours plusieurs ganglions affectés, mais l'un d'eux est prédominant, c'est le ganglion *anatomique* de M. Ricord. Tout se passe *à froid*, sans douleur et sans rougeur; les ganglions sont mobiles sous la peau; ils ne suppurent que très rarement. Enfin l'induration ganglionnaire persiste longtemps après la guérison du chancre, et quelquefois toute la vie.

2° *Chancre simple ou superficiel.* — Cette variété du chancre a aussi été nommée *chancre mou* par opposition au *chancre induré*. « Il a, dit M. Nadau (1), une forme arrondie lorsqu'il se développe sur des tissus homogènes. Ses bords sont nettement taillés à pic comme à l'emporte-pièce, un peu renversés en dehors, décollés dans une petite étendue et présentent de fines dentelures lorsqu'on les examine à la loupe; ils sont entourés d'un cercle rouge inflammatoire qui n'est que l'exagération de l'aréole qui circonscrivait la pustule ecthymateuse d'inoculation.

» Le chancre mou est le plus souvent multiple d'emblée, ou se multiplie par des inoculations de voisinage. Le pus qu'il sécrète est abondant, virulent, contagieux par excellence, et il conserve pendant presque toute la période de son existence les caractères qui en constituent la spécificité.

» La base présente dans certains cas un engorgement, un épaississement inflammatoire, mais jamais cette dureté chondroïde, signe distinctif et pathognomonique du chancre induré. »

Le même auteur ajoute que l'adénopathie qui accompagne ce chancre est ordinairement monoganglionnaire, c'est-à-dire qu'elle n'affecte qu'un seul ganglion superficiel; le pus de ce ganglion est tantôt inoculable et tantôt sans spécificité. L'époque de l'invasion de cette adénite est fort variable, tandis qu'elle est bien plus fixe dans le chancre induré. Le caractère essentiel de ce chancre, c'est que le pus peut en être inoculé chez celui qui le porte, qu'il peut reproduire une quantité indéfinie de chancres, et qu'aucun de ceux-ci ne présentera d'induration; bien plus encore, inoculé à un individu sain ou à un individu déjà vérolé, il prendra très bien et reproduira un chancre mou.

Enfin, il est bien établi maintenant que le chancre mou n'est pas infectant, c'est-à-dire qu'il n'est jamais suivi d'accidents secondaires ou tertiaires. En sorte que si ce chancre a quelque analogie avec le chancre huntérien, s'il est inoculable, s'il se transmet par les rapports sexuels impurs, s'il prend même quelquefois le caractère phagédénique, il n'en constitue pas moins une espèce particulière de syphilis, que l'on pourrait nommer syphilis locale; et de là résultent d'immenses différences dans le pronostic et le traitement.

3° *Chancre phagédénique.* — Le caractère principal du chancre phagédénique, le plus redoutable de tous, est, comme son nom l'indique, de détruire, de dévorer les tissus avec une rapidité souvent extrême. M. Ricord a reconnu dans cette espèce deux variétés, qu'il décrit de la manière suivante :

« *Chancres phagédéniques pultacés, ou diphthéritiques.* — Dans cette variété, l'*induration* si caractéristique dont il vient d'être question manque complétement, et s'il existe quelquefois un engorgement de la base et des bords, ce n'est plus qu'un *œdème* de mauvaise nature.

» Les ulcères qui se rapportent à cette variété, et qui constituent les chancres

(1) Thèse citée, 1858.

phagédéniques par excellence (chancres rongeurs ou rongeants), *s'étendent plus aisément en surface qu'en profondeur :* il semble que la peau, les muqueuses et le tissu cellulaire sous-muqueux et sous-cutané leur résistent beaucoup moins que les plans aponévrotiques et les couches musculaires. La forme de ces chancres peut rester arrondie; mais le plus souvent, labourant les tissus d'une manière irrégulière, ils deviennent *serpigineux*. Dans ce cas, bien qu'ils puissent en même temps irradier de divers points de leur circonférence, ils s'étendent plutôt vers les régions qui, plus déclives, favorisent la filtration du pus dans le tissu cellulaire sous-cutané ou sous-muqueux.

» Ces chancres offrent, du reste, dans bien des circonstances, une analogie frappante avec les diverses variétés de la pourriture d'hôpital. Leur *fond*, ordinairement inégal, est le plus souvent couvert d'une couche grisâtre, espèce de fausse membrane qu'on prendrait volontiers pour une eschare gangréneuse, mais qui n'est en réalité qu'une *sécrétion diphthéritique particulière*. Dans quelques cas, il existe seulement une matière pultacée, irrégulièrement répartie à leur surface, et qui laisse échapper çà et là des bourgeons charnus, que des ecchymoses, des hémorrhagies ou la gangrène détruisent bien des fois avant qu'ils amènent la cicatrisation.

» Les *bords* de ces ulcères sont ordinairement très minces, irrégulièrement découpés et perforés dans les endroits surtout où il y a le plus de *décollement*. Privés de leur tissu cellulaire de doublure, ils sont renversés ou tout au moins affaissés sur les portions de l'ulcère qu'ils couvrent encore, bien qu'ils puissent quelquefois être épaissis par l'*œdème*. Leur couleur est généralement brune, violacée, comme celle de l'*aréole* plus ou moins diffuse qui les circonscrit.

» Dans presque tous les cas, les chancres dont je m'occupe ici sont *très irritables*, et sont le plus souvent accompagnés de *douleurs* très vives et d'inflammation.

» *Chancres phagédéniques gangréneux.* — Dans quelques circonstances, les chancres deviennent la cause ou se compliquent d'une *inflammation suraiguë* dont la gangrène est la conséquence. Ici l'ulcère spécifique est le plus souvent détruit par les progrès rapides de la mortification, et, à la chute des eschares ou du sphacèle, il ne reste plus qu'un *ulcère simple*, siégeant sur des tissus que l'*œdème* ou une *inflammation phlegmoneuse* peut encore tenir engorgés, mais qui n'*offre aucun des caractères de l'induration* qui appartient au *chancre huntérien*. »

Il faut ajouter à cette description que les chancres phagédéniques, auxquels M. Ricord donne le nom de pultacés ou diphthéritiques, produisent un *pus* abondant, ordinairement séreux, sanieux et enflammant les parties voisines; que le liquide qui s'écoule des chancres phagédéniques gangréneux est également sanieux, et répand, lorsque les tissus sont arrivés à la mortification, l'odeur de la gangrène; qu'enfin, quelle que soit la variété du chancre phagédénique que l'on observe, on doit redouter les lésions profondes. Lorsque, en effet, il existe un chancre phagédénique analogue, comme le fait observer M. Ricord, à la pourriture d'hôpital, on voit chaque jour, et souvent sans pouvoir arrêter, pendant un certain temps, les progrès du mal, l'ulcère s'étendre en largeur, en même temps que la couche ramollie qui forme son fond s'en va en détritus, et est remplacée par une autre de même nature; et, lorsqu'il y a une inflammation gangréneuse, on voit, à la chute des eschares, se détacher des portions considérables de tissu mortifié qui peuvent

laisser une grande perte de substance. Aussi a-t-on vu des chancres phagédéniques emporter une grande partie ou la totalité du gland, perforer l'urèthre, atteindre même, dans certains cas, les corps caverneux, et de là des altérations qu'il est facile de comprendre, et dont les plus graves sont ordinairement ces *fistules urinaires* qu'on a tant de peine à guérir. Dans des parties du corps autres que la verge, le chancre peut acquérir le caractère phagédénique : c'est ainsi qu'on en a vu labourer la cuisse, détruire le mamelon et une partie de la mamelle, etc.

Lorsque la période de progrès du chancre phagédénique est terminée, les choses se passent ainsi qu'il suit dans les variétés qui viennent d'être décrites : le chancre phagédénique pultacé cesse de s'étendre en largeur en même temps que la couche diphthéritique tombe dans une plus ou moins grande étendue ; au lieu de se reproduire, elle est remplacée par des bourgeons charnus rosés et sécrétant un pus blanc et bien lié, et, à dater de ce moment, la cicatrisation se fait comme dans les ulcères ordinaires. Dans le chancre phagédénique gangréneux, cette cicatrisation commence dès l'instant où les eschares se sont complétement détachées, à moins qu'une inflammation nouvelle ou une irritation intempestive ne vienne reproduire les accidents avec une violence plus ou moins grande. La *cicatrice* qui résulte de ces chancres phagédéniques est toujours déprimée et inégale, et ces caractères sont d'autant plus prononcés, que la désorganisation des tissus a pénétré plus profondément. Elle est, en outre, blanche et ferme au bout d'un certain temps.

4° *Caractères communs des chancres.* — Si nous examinons maintenant ce qui appartient en commun aux divers chancres qui viennent d'être décrits, nous trouvons d'abord que leur *siége*, qui est le plus souvent à la verge et à la réunion du gland et du prépuce, peut aussi être dans plusieurs autres parties du corps, dont les principales sont les bourses, l'anus et la bouche. Des observations recueillies récemment dans le but de prouver combien est défectueuse et dangereuse la manière dont on pratique la circoncision chez les juifs nous ont appris qu'un chancre a été communiqué à plusieurs enfants circoncis par l'action de sucer le prépuce pour étancher le sang. L'opérateur avait un chancre à la bouche. Il suffit, en effet, que la matière virulente ait été mise en contact avec ces parties, ainsi qu'avec le mamelon, le nombril, etc., pour que le chancre se produise, et partout il se présente avec ses caractères distinctifs, sauf des nuances de forme qui sont dues à la configuration des parties. C'est ainsi, par exemple, que, *vers l'anus*, l'ulcère tend assez souvent à affecter une forme oblongue, et alors, avec d'autres ulcères vénériens, le chancre primitif a été désigné sous le nom générique de *rhagade*. Il est au reste inutile d'insister sur ce point, car tous les médecins savent parfaitement ce qui doit résulter, pour la forme de l'ulcère, de ces différents siéges.

En outre, le pus qui s'écoule des chancres ayant la propriété de reproduire la maladie dans les points où il séjourne, il en résulte que, en s'écoulant sur les parties voisines, il fait naître de nouveaux chancres. C'est ainsi que, chez les femmes, le pus vaginal, lorsqu'il est infecté par le virus chancreux, peut aller porter la maladie au périnée et autour de l'anus. Cet effet est surtout à redouter lorsque les parties vers lesquelles s'écoule ce pus sont déjà érodées, ulcérées, ou présentent une plaie accidentelle, comme une piqûre de sangsue.

Par suite de la situation des chancres et de certaines manœuvres du malade, il

peut survenir deux accidents assez sérieux, qui sont le *phimosis* et le *paraphimosis*.

Le *phimosis* est rare dans les cas de chancre simple. Cependant, si les ulcères sont nombreux sur le prépuce, s'ils sont situés près de son orifice, s'ils sont très enflammés, les bords de l'ouverture s'épaississent, se contractent, durcissent, deviennent inextensibles, et le gland ne peut plus être mis à découvert. C'est le plus souvent dans une seule partie de son étendue que l'orifice du prépuce présente cet épaississement et cette inextensibilité; mais cela suffit souvent pour empêcher qu'il ne soit ramené en arrière. Les inconvénients de cet état sont faciles à comprendre. Il peut, en effet, y avoir plusieurs chancres sur le prépuce et à la base du gland, qui, de cette manière, sont soustraits à l'examen et à l'action directe des moyens thérapeutiques; il peut aussi y avoir une inflammation étendue de la muqueuse, et, dans les deux cas, le pus stagne sur les parties malades et sur les parties environnantes.

Si, le phimosis existant, le malade parvient à porter violemment le prépuce en arrière, il en résulte un *paraphimosis* dans lequel l'étranglement des parties étant très rapide, on voit survenir promptement la tuméfaction du gland et l'œdème du prépuce, accompagnés de vives douleurs. Les résultats de cet étranglement sont quelquefois assez promptement funestes pour occasionner la gangrène des parties étranglées; mais, le plus souvent, si l'on n'a pas porté remède à cet état fâcheux, on ne voit survenir autre chose que l'ulcération plus ou moins étendue du prépuce, et des adhérences qui ne permettent qu'imparfaitement, après la guérison, de ramener cette partie sur le gland.

Il est très fréquent de voir des *bubons* se montrer à la suite des chancres, surtout lorsque ceux-ci sont nombreux et étendus, et ces bubons ont une grande tendance à suppurer.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

L'évolution du chancre se fait ordinairement d'une manière assez lente et continue, à moins que le traitement ne vienne y mettre obstacle. J'ai déjà dit que le chancre phagédénique pouvait amener très rapidement la destruction des parties; heureusement, les cas de ce genre sont très rares. Quelquefois on observe une *marche* qui mérite d'être signalée : on voit, en effet, des chancres qui, après avoir acquis leur entier développement, commencent à se cicatriser, et puis, soit qu'on ait employé des moyens intempestifs, soit sans cause appréciable, on voit la cicatrice se détruire, et le chancre se reproduire, ou même faire de nouveaux progrès.

La *durée* des chancres est différente suivant les espèces. Le *chancre induré* ou *huntérien*, si l'on n'a rien fait pour en arrêter la marche, dure ordinairement de huit à quinze jours avant de commencer à s'amender; puis la cicatrisation se fait avec une assez grande rapidité, à moins que la cicatrice ne se détruise, comme je viens de le dire. Le *chancre simple* a une durée ordinairement beaucoup plus courte, et, quant aux *chancres phagédéniques*, ils varient beaucoup sous ce rapport. Le chancre gangréneux peut, en très peu de jours, avoir réduit, par la chute des parties, l'ulcère à une plaie simple, qui ne tarde pas alors à se cicatriser, tandis que le chancre pultacé peut, dans quelques cas, détruire les parties assez lentement, quoique d'une manière continue, et, dans d'autres, faire les progrès les plus effrayants.

Si l'on ne considère que la cicatrisation de l'ulcère, on peut dire que, dans l'im-

nense majorité des cas, la terminaison du chancre est heureuse. Mais il faut savoir que le chancre est la forme de la syphilis primitive qui donne lieu spécialement à es accidents consécutifs, tels que les *syphilides*, les *tumeurs gommeuses*, les *lcères secondaires*. On ne peut donc pas regarder la maladie comme heureusement erminée par cela seul que l'ulcère est cicatrisé. Suivant M. Ricord, le signe qui nnonce que les accidents secondaires sont imminents est la persistance de l'indu-ation caractéristique. Tant qu'elle persiste, surtout si elle est considérable, il y a ans l'économie un virus qu'il importe de combattre. Mais je reviendrai sur ce oint à l'occasion du traitement.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. — Dans l'étude du diagnostic, il faut encore tenir compte de la division ue j'ai établie plus haut, et en outre de l'époque à laquelle se montre la maladie.

Si nous considérons d'abord le *chancre huntérien à son début*, nous voyons qu'on pourrait le confondre avec une vésicule d'*herpes præputialis* si la maladie a on siége au prépuce, avec l'herpès également sur une autre partie des organes énitaux, et enfin avec toute autre affection vésiculeuse dans les autres parties du corps. Les renseignements viennent sans doute fournir un élément de diagnostic ; car si l'on sait que la maladie s'est déclarée quelques jours après un coït suspect, on a un motif de soupçonner l'existence d'un chancre ; mais cela ne suffit pas, car la maladie dont je viens de parler peut très bien se produire dans une semblable circonstance. Le diagnostic deviendra plus positif si des vésicules, en certain nombre, formant un groupe irrégulier sur un fond rosé, sans élévation notable, se présentent à l'exploration. Telle est, en effet, dans la très grande majorité des cas, l'apparence que présente l'herpès, tandis que la vésicule du chancre, généralement plus petite, a son siége sur un point tuméfié, qu'elle est souvent unique, et ue lorsqu'il en existe plusieurs, elles sont ordinairement isolées les unes des autres t présentent chacune leur petite aréole. Remarquons en outre que le chancre a plus ordinairement son siége derrière la couronne du gland, tandis que l'*herpes ræputialis* se montre indifféremment sur un ou plusieurs points de l'étendue de portion muqueuse et même cutanée du prépuce.

Il est cependant des cas où il est difficile de distinguer les deux affections tout à ait au début; on doit en pareil cas attendre, pour se prononcer, que l'*ulcération it commencé*. Alors les caractères deviennent distincts. Lorsque la vésicule d'herès a été rompue, elle est remplacée par une exulcération superficielle, sans ureté, sans bords taillés à pic et présentant un fond jaunâtre lorsque la matière écrétée y est accumulée, mais rosé lorsqu'on la nettoie. Il est inutile de rappeler s caractères opposés du chancre induré. Ces différences vont d'ailleurs chaque our en augmentant.

L'*herpes præputialis*, surtout lorsque la vésicule a été respectée, se couvre ssez souvent d'une croûte lamelleuse, et nous avons vu que, dans quelques cironstances, il en était de même du chancre. Mais il faut remarquer que cela n'a uère lieu que pour l'ulcère primitif qui a son siége sur la partie muqueuse du répuce. En faisant tomber la petite croûte, on arrive d'ailleurs bientôt à un diagnostic positif; car, dans le cas d'herpès, on trouve au-dessous une surface rosée

telle que je viens de l'indiquer, tandis que le chancre présente la forme ulcéreuse qui lui est propre.

Lorsqu'il a un autre siége que la verge, le *chancre huntérien*, parvenu à l'ulcération, pourrait être confondu avec quelques autres maladies. Ainsi nous avons vu qu'à l'anus il prend, dans quelques cas, une forme oblongue, et peut par conséquent être pris pour une *simple fissure*. L'examen de son fond et de ses bords est alors très utile pour le diagnostic. L'aspect grisâtre, lardacé du premier, l'état des seconds, qui sont durs, taillés à pic, parfois décollés, feront reconnaître la nature syphilitique de l'ulcère. Les mêmes signes, et de plus l'engorgement des ganglions axillaires feront distinguer le chancre des *crevasses du mamelon*.

Quand le chancre occupe la bouche, c'est avec un *ulcère vénérien consécutif* qu'on pourrait le confondre. On a dit, il est vrai, que ceux-ci ont une forme moins bien arrondie; que leur fond est plutôt jaunâtre que gris; que leurs bords sont décollés et non indurés; mais ces signes sont insuffisants. Plusieurs auteurs, auxquels M. Ricord s'est joint dans ces derniers temps, ont, en effet, cité des cas où la forme des ulcères secondaires était en tout semblable à celle des ulcères primitifs. Il est rare que des renseignements ne viennent pas, en pareil cas, fixer le médecin sur l'espèce d'ulcère soumis à son observation; s'il n'en était pas ainsi, il n'y aurait, suivant M. Ricord, d'autre moyen de reconnaître l'erreur que de *tenter l'inoculation*. Des expériences qu'il a faites, cet auteur conclut, en effet, que le caractère distinctif essentiel de ces deux espèces d'ulcères syphilitiques est que le premier est inoculable, tandis que le second ne l'est jamais. Toutefois, quoique bien convaincus que les ulcères secondaires sont beaucoup moins contagieux que les ulcères primitifs, la plupart des auteurs croient, comme je l'ai déjà dit, à la possibilité, dans certaines circonstances, de leur inoculation, et les observations récentes que j'ai citées plus haut (1) ont prouvé qu'ils avaient raison.

Il est, en outre, d'autres motifs qui m'empêchent de recommander l'inoculation comme moyen de diagnostic. Il y a en pratique de telles exigences, que l'on doit faire céder devant elles même l'intérêt scientifique. On a cité un certain nombre de cas où l'inoculation n'a pas été sans danger. De plus, il est évident qu'on multiplie, en la pratiquant, les points par lesquels le virus est introduit dans l'économie. Je sais bien que l'expérimentateur a la ressource de la cautérisation, dès qu'il s'est assuré qu'il a produit la *pustule caractéristique;* je sais aussi combien on doit respecter la conviction d'observateurs qui n'ont pas craint de pratiquer l'inoculation sur eux-mêmes, tant ils l'ont jugée innocente, mais on a fait mention de cas où la cautérisation a été impuissante à arrêter les progrès du mal qu'on avait eu l'imprudence de produire ainsi d'une manière artificielle, et j'ai vu, à l'hôpital de Lourcine, un chancre de la cuisse, produit par l'inoculation, acquérir un grand développement et ne pas pouvoir être réprimé par plus de quatre mois d'un traitement assidu. C'en est assez pour qu'un praticien prudent ne s'expose pas à de semblables accidents, quelque rares qu'on les suppose.

D'ailleurs quelles lumières pourrait-on, en réalité, tirer de l'inoculation, dans le cas dont il s'agit? On ne conclurait évidemment pas, de ce que cette inoculation ne réussit pas, qu'il ne faut pas employer le traitement qu'on oppose ordinaire-

(1) Voy. Vidal de Cassis, *loc. cit.*

ıfection générale, car dans les cas d'ulcères vénériens consécutifs, l'exis-
:ette infection est, par cela même, constatée. On le voit donc, il n'y a
, et il peut y avoir danger à recourir à ce moyen de diagnostic. Il vaut
ı tenir à ceux qui sont fournis par l'interrogatoire et par l'examen attentif
:, du début et de la marche des ulcères, bien que dans quelques cas on
: que des signes incertains.

ıcre *simple* ou *superficiel* peut également, à son début, être confondu
ıes *præputialis*. On n'a pour se guider, en pareil cas, que la couleur
: l'ulcère qui succède à la vésicule, son étendue plus grande que celle
:ration qui se montre dans l'herpès, et le groupement des vésicules qui
t cette dernière affection. La persistance de cette ulcération consécutive
ısuite confirmer le diagnostic dans les cas de chancre, et enfin on verra
nt un ulcère, qui d'abord paraissait simple et superficiel, finir par pré-
duration caractéristique.

nple éraillure de ce tégument fin qui recouvre la base du gland et le
eut également être prise pour un chancre à sa période d'ulcération. L'ap-
ımédiate de la solution de continuité après le coït, sa forme qui est allon-
gulière, et enfin son fond, qui est ordinairement rosé quand on l'a net-
dront fixer le diagnostic. Ces éraillures, traitées par de simples lotions,
: pas d'ailleurs à se cicatriser, tandis que le chancre persiste.

les *chancres phagédéniques;* mais on comprend sans peine que c'est là
plus facile à diagnostiquer. Quelle est, en effet, la maladie qui pourrait
ndue avec ces ulcères rongeants survenus presque tout à coup, après un
ieux, sur les parties génitales auparavant parfaitement saines? Dans d'au-
s, comme la bouche et la vulve, il pourrait se présenter quelques diffi-
ce que, dans le premier point, la *stomatite ulcéreuse*, et dans le second,
gangrènes, peuvent détruire les parties avec rapidité; mais c'est chez les
ıe se montrent ces affections, et elles se produisent au milieu d'un état
ıi ne laisse jamais de doute sur leur nature. Une réflexion bien simple
rendre l'exactitude de ce que j'avance : c'est qu'il n'est pas d'exemple
ıe d'erreur dans les cas de chancre phagédénique, et que, dans tous les
s, le diagnostic a été porté tout d'abord avec la plus grande facilité.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

distinctifs du chancre huntérien au début et de l'herpes præputialis.

NCRE HUNTÉRIEN AU DÉBUT.	HERPES PRÆPUTIALIS.
apparue après un coït suspect eux).	Vésicule *apparue après un coït non suspect.*
unique; ou vésicules en *petit nom-rées.*	Souvent, vésicules *assez nombreuses*, *réunies en groupe.*
plus petite, paraissant *sur un point* éole rougeâtre distincte.	Vésicule *plus volumineuse*, paraissant sur un point non tuméfié ; *rougeur diffuse* environnante.
ıinaire à la *réunion de la muqueuse* *vec celle du prépuce.*	Siége *indifféremment sur la surface muqueuse et cutanée* du prépuce ; souvent à *leur réunion.*

2° *Signes distinctifs du chancre huntérien et de l'herpes præputialis comme à s'ulcérer.*

CHANCRE HUNTÉRIEN (ULCÉRATION COMMENÇANTE)	HERPES PRÆPUTIALIS ULCÉRÉ.
Ulcère *profond*.	Exulcération *superficielle*.
Fond *grisâtre*.	Fond *rosé* après avoir été nettoyé.
Bords élevés, taillés à pic.	Bords au niveau du fond.
Induration environnante et sous-jacente.	*Pas d'induration*.
Quand la vésicule a été remplacée par une petite croûte, celle-ci, en tombant, laisse voir l'*ulcère avec les caractères indiqués*.	Après la chute de la croûte qui se parfois, la surface érodée se présente il vient d'être dit.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que, dans certaines circonstances, ce diagno difficile et demande une grande attention de la part du médecin.

3° *Signes distinctifs du chancre huntérien ayant son siége à l'anus (rhag et de la fissure.*

CHANCRE HUNTÉRIEN A L'ANUS ET DE FORME ALLONGÉE.	FISSURE A L'ANUS.
Bords élevés, *taillés à pic*, parfois décollés.	Bords quelquefois un peu tuméfi *taillés à pic*, non décollés.
Fond *grisâtre*, comme lardacé.	Fond *rouge* ou rosé.
Induration environnante et sous-jacente.	*Pas d'induration* sous-jacente.

Mêmes signes pour la distinction de certains chancres huntériens et des *cr du mamelon;* de plus, les premiers s'accompagnent de la tuméfaction d glions axillaires.

Enfin, comme il est d'une grande importance pour le pronostic et pour tement d'établir une différence entre le *chancre induré ou infectant* et le *non induré* ou *non infectant*, j'ajouterai un tableau des caractères diffé emprunté à la thèse déjà mentionnée de M. Nadau des Islets (1).

4° *Signes distinctifs du chancre mou et du chancre induré.*

CHANCRE MOU.	CHANCRE INDURÉ.
Aspect grisâtre ; fond déchiqueté, vermoulu.	Aspect vernissé, irisé, fond grisât dacé, moins déchiqueté, à centre brunâtre.
Bords taillés à pic, décollés dans une petite étendue, renversés.	Bords fuyant assez souvent vers l l'ulcération, adhérents.
Ulcération faite à l'emporte-pièce.	Ulcération faite à l'évidoir.
Base molle de l'ulcération.	Base indurée de l'ulcération.
Adénopathie aiguë, monoganglionnaire.	Adénopathie multiple, indolente et
Sécrétion abondante.	Sécrétion moins abondante.
L'ulcération parcourt en général les diverses phases de son évolution dans un intervalle de cinq à huit septénaires.	L'ulcération parcourt en général le ses phases de son évolution dans un i de quatre à six septénaires.

(1) Thèse citée, p. 23.

CHANCRE MOU.	CHANCRE INDURÉ.
Le phagédénisme atteint quelquefois l'ulcération molle, et amène souvent alors une destruction considérable de tissu.	Le phagédénisme atteint plus rarement le chancre induré, et borne souvent son action à détruire l'induration.
Si les caractères de l'ulcération ne peuvent suffire pour la faire reconnaître, remontez à la source; et, si vous trouvez un chancre mou pour origine, concluez que l'accident transmis est un chancre mou.	Si les caractères de l'ulcération ne peuvent suffire pour la faire reconnaître, remontez à la source; et si vous trouvez un chancre induré pour origine, concluez que l'accident transmis est un chancre induré.
Sur un terrain diathésé, l'inoculation faite avec le pus de chancre mou, quelle que soit la source d'où il provient, donne toujours un résultat positif.	Sur un terrain diathésé, l'inoculation faite avec le pus de chancre induré, quelle que soit la source d'où il provient, donne toujours un résultat négatif.
Le chancre simple est une espèce très commune.	Le chancre induré est relativement plus rare.
Il se reproduit un nombre indéterminé de fois sur le même sujet.	Il n'atteint presque toujours qu'une seule fois le sujet pendant le cours de son existence.

Pronostic. — Relativement à l'ulcère lui-même, le pronostic est très peu grave dans l'immense majorité des cas. Il est à peine besoin d'ajouter qu'il faut faire une exception pour les chancres phagédéniques, qui peuvent détruire si promptement les parties et laisser après eux des infirmités auxquelles il est difficile de remédier.

Le siége et le nombre des chancres méritent considération quand il s'agit du pronostic; car nous avons vu plus haut que, de ces circonstances, résultaient plus ou moins fréquemment le phimosis et le paraphimosis. On aura en même temps égard aux divers accidents consécutifs, comme les bubons, les tuméfactions de la vulve, etc.

Mais le point le plus important du pronostic est, sans contredit, la possibilité des accidents secondaires. Suivant M. Ricord, le signe le plus certain de l'infection générale, et, par conséquent, du danger des accidents secondaires, est l'induration, et surtout l'induration persistante. On peut admettre ce fait comme règle générale; mais cette règle ne souffre-t-elle aucune exception? Les recherches récentes de M. A. Fournier établissent des faits nouveaux qui, loin de détruire la règle, la confirment.

Il est certain qu'un individu qui a eu un chancre induré et des accidents secondaires, est réfractaire à toute infection nouvelle. « On n'a pas deux fois la vérole, » a dit M. Ricord. Cependant l'inoculation d'un chancre mou est possible, et cela se conçoit, puisque ce chancre n'est pas infectant et qu'il est autre chose que la vérole. Mais un chancre induré peut-il être inoculé sur un semblable sujet? Non, en général. Mais pourtant, et M. Fournier en cite des exemples, il peut prendre quelquefois sur ce terrain diathésé, mais il paraît alors avec les caractères du chancre mou. M. Clerc a cru trouver là l'origine du chancre mou ou *chancroïde;* mais M. Fournier lui conteste ce point, car le pus de ce prétendu chancroïde inoculé à un individu sain reproduit un chancre induré. Donc le pus du chancre infectant ne perd jamais ses droits, et il est d'une autre nature que celui du chancre simple (1).

(1) A. Fournier, *Rech. sur la contagion du chancre.* Paris, in-8°, 1857. — *Leçons sur le chancre*, par M. Ricord, publiées par M. Fournier. Paris, 1857.

§ VI. — Traitement.

Ce qui est le plus difficile dans l'exposition du traitement du chancre, ce n'est pas assurément de rassembler un nombre suffisant de moyens thérapeutiques, car chaque médecin semble avoir pris à tâche d'en introduire de nouveaux dans la science ; c'est de mettre de l'ordre dans cette confusion et d'apprécier à leur juste valeur les traitements proposés. C'est dans cette partie de l'histoire des maladies syphilitiques qu'on voit surtout la grande légèreté qui a souvent présidé aux recherches de la plupart des auteurs qui les ont prises pour objet de leurs études.

Je m'occuperai d'abord du traitement local, puis j'indiquerai les principaux moyens proposés pour combattre l'infection générale.

1° *Traitement local.* — Bien longtemps on a pensé que les ulcères vénériens primitifs, comme les ulcères vénériens secondaires, demandaient, pour se cicatriser complétement et ne plus laisser de traces, un traitement général, et surtout un traitement mercuriel. Aujourd'hui, nous possédons un si grand nombre de faits qui prouvent que cette opinion est erronée, nous en voyons passer si souvent de nouveaux sous nos yeux, que personne ne peut plus persister dans une semblable croyance. Bien plus, les cas rapportés par les auteurs ne sont pas rares, où le traitement général, non secondé par un traitement local bien entendu, n'a eu qu'une influence très douteuse sur la marche d'un certain nombre de chancres, et en a laissé d'autres exister pendant un espace de temps très long. Le traitement local a donc une grande importance ; comme celui de la blennorrhagie, il doit se diviser en *traitement abortif* et *traitement ordinaire*.

a. *Traitement abortif.* — Il faut établir une distinction importante entre le traitement abortif employé au début, alors que la vésicule existe encore ou que l'ulcération ne fait que se montrer, et ce même traitement appliqué à une période plus avancée.

Traitement abortif au début. — C'est M. Ricord qui a le plus insisté sur l'utilité de ce traitement proposé par Hunter, et qui fait, en très peu de temps, disparaître les traces d'une maladie que ces auteurs, avec un grand nombre d'autres médecins, regardent comme étant alors purement locale. Les trois moyens recommandés par Hunter (1) sont les suivants :

1° *Le nitrate d'argent taillé en crayon.* — « C'est, dit M. Ricord, et le fait est aujourd'hui bien reconnu, le moyen le plus généralement applicable et qui suffit quand la maladie est à son début, quel que soit son siége. » Pour pratiquer cette cautérisation, il faut d'abord déchirer la vésicule si elle existe encore, puis appliquer le crayon de nitrate d'argent taillé plus ou moins fin, suivant la forme et le siége de l'ulcère, assez fortement et assez longtemps pour que tous les tissus malades soient atteints. Si la vésicule existe encore, il suffit ordinairement d'une seule cautérisation ; au bout de peu de temps, l'eschare superficielle qu'on a produite tombe et laisse la surface parfaitement saine. Lorsque la maladie est un peu plus avancée, une seconde cautérisation est parfois nécessaire.

2° M. Henrotay (2) substitue l'*acide acétique* au nitrate d'argent, et pense que

(1) Voy. *Traité de la maladie vénérienne* (*Note de M. Ricord*, p. 149.

(2) *Arch. de méd. militaire belge*, et *Bulletin gén. de thérap.*, 15 septembre 1832.

cette substance a la propriété de neutraliser le virus syphilitique et de hâter la cicatrisation de l'ulcère.

Ce caustique doit être appliqué avec un pinceau, et l'application doit être renouvelée un plus ou moins grand nombre de fois, selon les circonstances.

3° La *potasse caustique*, ou mieux la *pâte de Vienne*, dont on peut plus facilement diriger l'action, et dont voici la composition :

Chaux vive.............. 5 parties.	Potasse à l'alcool.......... 6 parties.

Réduisez en poudre les deux substances dans un mortier chauffé ; mêlez-les exactement et avec rapidité, et enfermez le mélange dans un bocal à large ouverture, bouché à l'émeri.

Pour faire usage de ce caustique, délayez-le avec un peu d'alcool, de manière à le réduire en pâte molle, dont vous appliquerez une couche d'autant plus mince, que le derme sur lequel repose l'ulcération est plus mince et l'induration moins profonde. Au bout de huit ou dix minutes, cette cautérisation est complète. Au reste, dans le cas où on la pratiquerait sur une partie délicate, il serait bon d'en surveiller attentivement les effets, d'autant plus que chez certains individus, elle agit avec une assez grande rapidité.

Ce caustique ne saurait être mis en usage que lorsque l'ulcération existe déjà ; mais, même alors, on y a rarement recours, et on le réserve pour certains cas rares où une épaisseur considérable des tissus paraît envahie.

4° L'*extirpation* ou l'*excision* est, suivant Hunter, un bon moyen de réduire le chancre à l'état d'ulcère ou de plaie simple ; mais il ne conseille pas de l'employer lorsque le mal a son siége sur le glând, parce qu'il y aurait à craindre une hémorrhagie. Aujourd'hui on n'a recours à l'excision ni dans ce cas, ni lorsque l'ulcère est situé ailleurs, et M. Ricord nous en donne la raison. « Lorsque, dit-il, on la pratique trop près du siége du chancre, la plaie reprend bientôt les caractères de l'ulcère virulent. Lorsqu'on fait l'excision complète du chancre induré, ou seulement l'extirpation d'une induration après la cicatrice du chancre, la plaie peut encore passer à l'état d'ulcère spécifique et une nouvelle induration survenir ; mais dans tous les cas, même dans ceux où il n'y a pas d'ulcère consécutif et où la plaie se cicatrise comme une plaie simple, l'excision de l'induration ne prévient pas les autres phénomènes de l'empoisonnement général. » Je ne chercherai pas à apprécier ici cette dernière proposition ; j'aurai à l'examiner lorsque je parlerai du traitement général ou préventif des accidents secondaires.

Traitement abortif du chancre à la période d'état. — Lorsque l'ulcération est plus avancée, que les bords sont devenus calleux, on a bien moins souvent recours au traitement abortif. Cependant on a cité quelques cas où il a été mis en usage avec succès. Les moyens que l'on emploie sont les mêmes qui viennent d'être indiqués ; mais si le chancre présente une induration profonde, le nitrate d'argent n'a pas une action suffisante, et l'on doit mettre en usage un des deux autres moyens. C'est alors surtout que la *potasse caustique* ou la *pâte de Vienne* peuvent être utiles. Hunter cite un cas dans lequel il a fait avec succès la *dissection* d'un chancre assez étendu. Néanmoins les objections élevées contre ces moyens abortifs ont bien plus de force quand il s'agit du chancre ayant déjà fait des progrès considérables.

Il y a surtout une *contre-indication* dont il faut tenir un grand compte : c'est l'état d'inflammation violente dans lequel peut se trouver l'ulcère. Il arrive souvent, en effet, que si l'on veut avoir recours aux caustiques, on augmente considérablement cette inflammation, et au lieu d'arrêter l'ulcère, on en hâte les progrès. On voit aussi, en pareil cas, à la chute de l'eschare, l'ulcère revêtir de nouveau sa forme primitive; seulement il est agrandi, et, si l'on veut insister, on s'expose à exaspérer l'inflammation. Il y a de plus à considérer la grande étendue et la profondeur à donner à la cautérisation. Tous les auteurs s'accordent à dire qu'il vaut mieux, en pareil cas, chercher à calmer l'inflammation, puis à modifier par divers moyens la surface ulcérée, se réservant de recourir ensuite à la cautérisation superficielle pour hâter la cicatrisation, ce qui constitue le traitement ordinaire dont il sera question tout à l'heure.

Parmi les objections qu'on a élevées contre le traitement abortif du chancre, il en est deux dont il importe de s'occuper. La première reproche à ce traitement de provoquer l'apparition des *bubons*. Bell a surtout accrédité cette erreur en rassemblant quelques faits dans lesquels les choses se sont passées ainsi. Mais M. Ricord, observant sur une plus vaste échelle, a vu que ces craintes étaient mal fondées, et que la cautérisation pratiquée dans les circonstances qui ont été indiquées plus haut, et avec la prudence nécessaire, empêchait au contraire la production des abcès de l'aine en faisant disparaître promptement la cause qui les fait naître. Sans doute il se peut qu'une cautérisation intempestive, pratiquée sur un chancre très enflammé, hâte le développement des bubons; mais la faute en est au praticien et non au moyen qu'il emploie. Bell, en publiant les cas dont il s'agit, a oublié que naturellement le chancre a une grande tendance à produire le bubon, et qu'il n'est par conséquent pas étonnant que, dans un bon nombre de cas où la cautérisation a été pratiquée, des abcès se soient produits, surtout si ce moyen a été mis en usage trop tard. Il serait du reste utile que les faits nombreux qui se présentent à l'observation, aujourd'hui que la cautérisation est si fréquemment employée, fussent recueillis et bien analysés pour montrer jusqu'à l'évidence l'exactitude de la proposition précédente. En attendant, nous avons ces faits étudiés en général, et de plus la connaissance de la manière dont se produisent les bubons. Ce n'est en effet qu'au bout d'un certain nombre de jours, et lorsque l'ulcère a fait d'assez grands progrès, qu'on les voit ordinairement apparaître; or il est évident qu'un moyen qui arrête promptement l'ulcère dans sa marche doit s'opposer à la production de ces tumeurs.

La seconde objection consiste à reprocher à la cautérisation de laisser les malades exposés à l'apparition des accidents secondaires, et c'est surtout sous ce rapport que Dupuytren l'a qualifiée de méthode pernicieuse; mais ce n'est là qu'une assertion sans preuves. C'est encore à la statistique qu'il faudrait demander des renseignements positifs à cet égard, et nous devons espérer qu'elle ne tardera pas à nous les fournir.

En attendant, je dirai qu'on conçoit bien difficilement comment un chancre, parce qu'on l'aura fait disparaître très promptement, pourrait avoir ces fâcheuses conséquences. On est, *à priori*, porté à penser tout le contraire, car plus on abrége la durée de l'ulcère, plus on doit mettre obstacle à l'absorption du virus et à l'infection générale. Je sais que dans l'opinion de quelques médecins, au moment

même de l'apparition du chancre, l'infection générale existe déjà. Pour eux, cette infection est le premier fait; puis vient l'apparition de la lésion locale, qu'il faut respecter pour que l'action du virus s'épuise dans ce point. Mais d'abord l'inoculation prouve que cette infection générale n'est nullement nécessaire pour que le chancre se produise, car le travail qui le fait naître commence aussitôt après l'insertion du virus sous l'épiderme, et, en second lieu, comment expliquerait-on dans cette hypothèse la manifestation des symptômes de la maladie et leur concentration dans le point même qui a été en contact avec le virus? Pourquoi ne verrait-on pas la maladie se montrer dans les divers points où on l'observe lorsque l'infection générale est évidente, c'est-à-dire à la gorge, à la peau, sur les os, etc.? C'est que lorsque le chancre apparaît, cette infection générale n'existe sans doute pas encore, et que la persistance de l'ulcère pourra seule la produire.

Je crois que ces raisons ont une grande valeur; cependant, je le répète, il est à désirer que des recherches statistiques bien faites viennent les confirmer. En attendant, je pense qu'on ne doit pas hésiter à employer le traitement abortif lorsque le chancre n'a pas fait de grands progrès, et surtout dans les cinq ou six premiers jours et lorsque l'induration ne s'est pas encore produite ou est peu considérable; mais je reviendrai sur ce dernier point.

b. *Traitement local ordinaire.* — Une des premières considérations qui doivent diriger le traitement, c'est l'état d'inflammation plus ou moins violente dans lequel se présente le chancre. Il arrive assez souvent que l'ulcère a été négligé, soit que sa nature ait été méconnue par le malade, soit que celui-ci n'en ait pas tenu compte. Le *traitement antiphlogistique* est alors généralement mis en usage.

Traitement antiphlogistique. — M. Cullerier recommande la *saignée générale* toutes les fois que le sujet est fort et pléthorique; dans le cas contraire, on a recours à l'application d'un plus ou moins grand nombre de sangsues (15, 20, 30), suivant le degré de l'inflammation; mais il faut prendre garde, ainsi que je l'ai dit plus haut, de les appliquer dans un point qui puisse être atteint par le pus que sécrète la surface ulcérée, parce qu'alors l'inoculation se ferait sur les piqûres.

L'auteur que je viens de citer conseille de mettre les sangsues à la base du périnée et aux aines chez l'homme, aux aines seulement chez la femme. Il faut éviter de les placer au périnée chez cette dernière, par la raison que je viens de donner. Les *bains généraux*, les *bains locaux* émollients, les *cataplasmes* autour de la verge, et surtout le *repos au lit* et une *diète* plus ou moins sévère, suivant les cas, complètent ce traitement, qui doit être continué jusqu'à ce que les accidents inflammatoires soient calmés.

Il est à peine besoin de dire qu'on doit surtout insister sur ces moyens lorsque l'inflammation est assez violente pour faire craindre la *gangrène*. C'est principalement en pareil cas qu'on emploie la saignée générale, copieuse et répétée, et que le malade est soumis à une diète sévère. On ne négligera pas en même temps les saignées locales, en se tenant toujours à une certaine distance du mal, car l'irritation des piqûres pourrait hâter la mortification des parties si elles étaient faites trop près.

L'application des sangsues était encore pratiquée par Cullerier *dans l'intérieur même du chancre*, lorsque l'ulcère très enflammé se présentait avec un fond grisâtre et lardacé, et sécrétait une humeur sanieuse. Suivant ce praticien, une ou

deux sangsues ainsi appliquées suffisent pour déterger rapidement la plaie. Cette pratique n'a pas été généralement imitée, mais sans qu'on puisse l'attaquer, car on n'a pas fourni de faits concluants contre elle.

Le même médecin a remarqué, relativement aux *bains locaux*, que ce moyen a plus d'avantages lorsqu'on ne met pas le gland à découvert et qu'on plonge la verge tout entière dans la liqueur émolliente ; mais c'est un fait qui aurait besoin d'être confirmé par une expérimentation plus rigoureuse.

M. Lisfranc a cité un cas dans lequel la *saignée* a été très utile dans le traitement d'un *chancre phagédénique pultacé* irrité par la cautérisation, et l'on doit y recourir, ainsi qu'à l'application de sangsues, lorsque le cercle inflammatoire qui environne l'ulcère est considérable. M. Ricord veut qu'on insiste, en pareil cas, sur les applications émollientes, et il dit avoir vu des malades chez lesquels l'ulcération ne s'est fermée qu'après l'emploi d'une sorte d'*irrigation* presque continue.

Tous les auteurs s'accordent à dire que pendant qu'on met en usage les moyens qui viennent d'être indiqués, il faut s'abstenir complétement d'appliquer sur l'ulcère les préparations mercurielles, les corps gras et les divers topiques irritants.

Traitement du chancre douloureux. — Une vive douleur ressentie dans le chancre et une grande irritabilité de la partie qui en est le siége, réclament le traitement par les *narcotiques*. M. Bouchon (*Diss. inaug.*) a cité des cas dans lesquels l'usage de l'opium a amené la cicatrisation prompte de chancres nombreux et enflammés. Ce médecin recommande d'employer des *injections* avec une *solution d'opium concentré* entre le prépuce et le gland, lorsque celui-ci ne peut pas être mis à découvert ; puis, dès qu'on peut agir directement sur les chancres, d'appliquer sur eux de l'*extrait d'opium ramolli*, en ayant soin, à chaque pansement, de laver les parties avec de l'eau de guimauve tiède. D'autres médecins se contentent d'appliquer du *cérat opiacé*. M. Ricord, en pareille circonstance, emploie la solution suivante :

℞ Eau de laitue......... 280 gram. | Extrait gommeux d'opium... 4 gram.

Faire des pansements deux ou trois fois par jour, avec de la charpie fine imbibée de cette solution.

C'est dans le même but qu'on a proposé les lotions avec l'*eau distillée de laurier-cerise* et avec des liquides dans lesquels entre l'*acide hydrocyanique* ; mais rien ne prouve que ces médicaments aient plus d'efficacité que l'opium.

Traitement du chancre peu douloureux ou indolent. — Lorsque l'inflammation est tombée et que l'ulcération est devenue indolente, on a recours à divers moyens pour hâter la cicatrisation. Le premier de tous est encore la *cautérisation avec le nitrate d'argent*, qui est aujourd'hui généralement employée. Cullerier, qui repousse son emploi comme moyen abortif, le recommande, au contraire, comme un excitant salutaire dans le traitement du chancre indolent. Cette cautérisation ne doit plus être aussi profonde que dans le cas où on la met en usage comme moyen abortif, car il ne s'agit que de modifier la surface ulcérée ; mais on doit y avoir recours un aussi grand nombre de fois que le cas l'exige, c'est-à-dire aussi

ngtemps qu'après la chute de l'eschare, la surface de l'ulcère présente l'aspect risâtre qui caractérise le chancre.

M. Ricord fait même remarquer que cette cautérisation est très souvent utile ans les cas où il existe une douleur assez vive et un degré d'inflammation assez arqué. « Le plus souvent, dit-il, le *nitrate d'argent* est le sédatif le plus efficace l'*antiphlogistique* le plus certain, quand on sait bien l'appliquer. Tous les jours s élèves qui suivent ma clinique ont pu se convaincre de cette vérité, et voir les alades eux-mêmes réclamer la cautérisation. La douleur vive qu'elle excite au oment de l'application du caustique ne tarde pas à se calmer pour faire place à un ieux qu'on chercherait en vain par d'autres médications.

» A cette règle, quoi qu'on en dise, il y a peu d'exceptions, et l'on voit peu de s dans lesquels il faille momentanément renoncer à ces moyens combinés (les mollients, les opiacés, la cautérisation) pour avoir recours à des pansements à aide de corps gras, et plus particulièrement de *cérat opiacé.* »

Pansements divers. — A cette période de la maladie, on emploie, outre la cautérisation, et souvent même sans avoir recours à ce moyen, divers pansements destinés protéger la plaie contre les corps extérieurs, et empêcher le pus de stagner sur ulcère, et en même temps hâter la cicatrisation.

Le plus simple de tous est le pansement avec la *charpie sèche*, qui agit en absorbant le liquide sécrété et en stimulant légèrement l'ulcère. Lorsque celui-ci a son ége sur le gland ou sur le prépuce, il suffit de placer sur lui un petit gâteau de arpie fine et de ramener le prépuce sur le gland. Dans les autres parties du corps, n fixe la charpie avec les moyens contentifs ordinaires. On pourrait croire qu'il t utile de multiplier les pansements de ce genre; mais on serait dans l'erreur ur un bon nombre de cas. Si le pus sécrété est en très grande abondance, il est n sans doute de renouveler la charpie assez souvent : trois, quatre et cinq fois r jour; mais, dans le cas contraire, on s'exposerait, en agissant ainsi, à retarder la catrisation. On aurait à craindre, en effet, en multipliant les pansements, de dénire la cicatrice commençante et d'irriter inutilement la plaie. En pareil cas, eux pansements dans les vingt-quatre heures sont suffisants. Il est une précaution ès importante à prendre dans ce pansement plus encore que dans tous les autres. a charpie sèche adhère ordinairement à la surface et surtout aux bords de l'ulère; on doit avoir grand soin, avant de la retirer, de bien l'imbiber avec de l'eau ède, et l'on ne doit l'enlever que lorsqu'elle est bien détachée. Si l'on agissait trop rusquement, on tiraillerait la surface ulcérée, on la ferait saigner, on détruirait cicatrice, et l'on pourrait considérablement retarder la guérison. C'est, au reste, n inconvénient du pansement avec la charpie sèche, d'exposer le malade à ces raillements irritants.

Plusieurs médecins conseillent de saupoudrer le gâteau de charpie avec de la *udre de calomel.* Ce pansement convient lorsque le chancre n'est ni douloureux i enflammé.

En général, les médecins qui se sont occupés des maladies syphilitiques prorivent presque complétement les pansements avec les corps gras, et surtout avec *pommade mercurielle.* Je n'ai pas vu appliquer l'onguent mercuriel; mais mais je n'ai observé que le pansement fait avec la pommade au *calomel* eût le oindre inconvénient et rendît la cicatrisation plus tardive, lorsqu'il est combiné

avec la cautérisation, et lorsqu'on ne l'applique qu'aux cas dans lesquels l'inflammation est déjà calmée. La proportion du calomel est la suivante :

℞ Axonge	30 gram.	Calomel	5 gram.

Mêlez. Pour panser l'ulcère deux ou trois fois par jour.

Quelques médecins ont proposé le *sublimé* en topique; mais cette substance est trop caustique pour être employée dans les cas dont il s'agit ici. Il faut la réserver pour les ulcères anciens qui ne veulent pas se cicatriser. J'en dirai autant de divers *caustiques*, comme le *nitrate acide de mercure*, l'*acide hydrochlorique*, etc.

Les pansements avec le *vin aromatique* sont très fréquemment mis en usage. Voici comment M. Ricord emploie ce médicament : « Les malades, dit-il, ont soin de bien laver l'ulcération avec ce liquide, sans cependant la fatiguer ou la faire saigner; ensuite ils la recouvrent d'un peu de charpie fine qui en est imbibée assez pour rester humide sans couler; car, lorsqu'elle est trop mouillée, l'espèce de macération qui en résulte en retarde les bons effets. A chaque pansement, on a soin, pour détacher la charpie, de l'imprégner du même liquide, afin de ne pas déchirer les parties auxquelles, en séchant un peu, elle pourrait adhérer. » M. Ricord emploie le vin aromatique suivant la formule du Codex, ainsi conçue :

℞ Espèces aromatiques	125 gram.	Alcoolat vulnéraire	164 gram.
Vin rouge	1000 gram.		

Faites macérer pendant huit jours les espèces aromatiques dans le vin; filtrez et ajoutez l'alcoolat vulnéraire.

M. Ricord a la plus grande confiance dans ce médicament; cependant il est forcé de reconnaître que, dans un certain nombre de cas, on doit renoncer à son application ou du moins la suspendre. Il s'exprime ainsi qu'il suit à ce sujet : « Il est pourtant des cas où il faut suspendre momentanément le vin médicamenteux ou même y renoncer complétement. C'est ainsi que, chez quelques malades, la suppuration venant à se tarir, l'ulcère reste stationnaire; alors on doit employer pendant quelques jours un pansement avec une *décoction émolliente* ou du *cérat opiacé*, pour reprendre le vin ensuite. Chez d'autres, l'ulcère étant accompagné d'induration, le vin accroît cette dernière, et la cicatrisation ne peut avoir lieu. Mais à part ces circonstances si faciles à saisir et à suivre, le moyen que je viens d'indiquer constitue la méthode générale de pansement à laquelle je donne la préférence. »

Malgré les règles de conduite qu'on peut puiser dans ce qui vient d'être dit, il n'en est pas moins vrai, comme on peut en juger, qu'il reste beaucoup à faire pour déterminer avec exactitude quel est le meilleur traitement à suivre selon les cas. Les exceptions admises par M. Ricord le prouvent suffisamment.

Deux circonstances principales peuvent engager à modifier la médication : c'est d'abord la grande résistance, l'état stationnaire ou progressif de l'ulcération dans les chancres phagédéniques, et, en second lieu, la grande profondeur de l'induration qui empêche l'ulcère de se cicatriser.

c. *Traitement du chancre phagédénique rebelle.* — Lorsque, malgré les moyens précédemment indiqués, le *chancre phagédénique* continue à faire des progrès, ou

que, blafard et indolent, il reste dans le *statu quo*, on a proposé différentes médications, parmi lesquelles on compte la *cautérisation profonde et active* et la *résection des parties*. Mais nous avons vu précédemment quels sont les inconvénients de ces moyens, qui ne doivent être employés qu'à la dernière extrémité. Voici comment M. Ricord trace la conduite à suivre en pareil cas : « Dans ces cas rebelles où l'on ne peut saisir la cause du mal, on a vu, dit-il, quelquefois réussir les *cataplasmes* faits *avec des carottes*, la *cire fondue chaude*, les *onguents digestifs*. On a eu recours aux caustiques les plus puissants, au *beurre d'antimoine*, à la *potasse à l'alcool*, au *fer rouge* appliqué d'une manière directe ou comme *cautère objectif*. J'ai employé avec succès la *pâte de Vienne* et des moyens bien moins violents, savoir : le *vésicatoire* et la *poudre de cantharide*.

» Toutes les fois que, malgré l'emploi du nitrate d'argent, des émollients, des antiphlogistiques, des narcotiques, ou des pansements avec le vin, le chancre continue à faire des progrès ou reste stationnaire, voici la médication que j'emploie : L'ulcération est-elle à découvert partout, j'applique dessus un *vésicatoire*, ou bien je la saupoudre avec la *poudre de cantharide*. Est-elle, au contraire, profonde, a-t-elle succédé à un bubon virulent dont elle occupe le foyer, si la peau décollée est encore assez épaisse, j'ai également recours au vésicatoire et en *même temps* à la poudre de cantharide introduite dans la cavité suppurante. Ce pansement est laissé vingt-quatre heures. Le *lendemain* on le fait avec de la charpie fine imbibée de vin aromatique, et l'on continue comme dans les chancres ordinaires..... Cependant, chez quelques malades, il faut répéter l'application du vésicatoire et de la poudre de cantharide; mais on ne revient au premier de ces moyens que lorsqu'il n'a pas atteint son but au moment où il est sec, tandis que pour la poudre *on en remet tous les trois ou quatre jours*, jusqu'à ce qu'on voie se former des bourgeons charnus.

» Si le traitement dont il vient d'être question, et qu'une expérience journalière m'autorise à recommander, venait cependant à échouer, et que la maladie continuât à faire des progrès, c'est à la cautérisation avec la *pâte de Vienne* qu'il faudrait donner la préférence, pour appliquer ensuite un des pansements indiqués, selon les conditions locales, après cette cautérisation. »

M. le docteur Ébrard (1) a conseillé la *cautérisation continue* contre les chancres phagédéniques que rien ne peut arrêter, et cette pratique a eu de très heureux résultats entre ses mains et entre celles de plusieurs autres médecins, parmi lesquels je citerai M. Tierling (2). Il suffit de panser matin et soir l'ulcère avec de la charpie trempée dans le liquide suivant :

℞ Eau distillée.......... 60 gram. | Nitrate d'argent cristallisé... 3 gram.

Dissolvez.

Il importe que le gâteau de charpie recouvre exactement toute la surface ulcérée.

Enfin, si les bords sont décollés largement, si les tissus sont très altérés, on conseille la *résection* de ces parties, après laquelle on agit comme il vient d'être dit.

(1) Voy. *Bulletin gén. de thérap.*, t. XXIV, p. 356.
(2) *Ann. de la Soc. de méd. de Gand*, avril et mai 1849.

d. *Traitement de l'induration.* C'est encore M. Ricord qui a le plus insisté sur la nécessité de traiter avec le plus grand soin l'*induration*, qui, dans certains chancres, est très considérable, et c'est également au vésicatoire qu'il a recours, mais en lui associant le pansement avec la pommade mercurielle, ainsi qu'il suit : « Le traitement consiste, dit-il, à couvrir la surface indurée d'un *vésicatoire* de grandeur proportionnée à son étendue, et à panser ensuite ce vésicatoire avec l'*onguent mercuriel double*, en mettant par-dessus un *cataplasme.* Quand le vésicatoire est sec si la tumeur a diminué, on en remet un nouveau, jusqu'à ce qu'on arrive à un *statu quo.* Alors *on comprime la partie en unissant à la compression l'usage d'un liquide résolutif.* On continue la compression à son tour tant qu'elle produit de bons effets, et on la suspend pour revenir au vésicatoire, dès qu'elle ne produit plus rien ; et ainsi de suite jusqu'à la guérison. »

Suivant M. Ricord, ces moyens doivent être employés contre l'induration même après la cicatrisation de l'ulcère; car, dans sa manière de voir, l'induration est la preuve la plus certaine de l'infection générale, et, si elle persiste, on a à redouter l'apparition des accidents consécutifs. Il est à regretter que cette proposition, sur un fait si important, ne soit pas appuyée sur une analyse rigoureuse des faits. Sans doute M. Ricord a vu un grand nombre de cas de ce genre; mais qu'on n'oublie pas qu'il s'agit ici d'une question de proportion qui ne peut être définitivement résolue que par des chiffres. Tout le monde sait, en effet, que le chancre induré, à une certaine période, est le type de l'ulcère vénérien primitif et qu'il est de beaucoup le plus fréquent; il n'est donc nullement surprenant que les accidents consécutifs se montrent ordinairement après l'induration. Mais ne se montrent-ils qu'en pareil cas? Voilà ce qu'il faudrait établir par des recherches mieux dirigées.

Pour faire disparaître cette induration persistante, on emploie, outre les moyens précédents, les *pommades mercurielles*, ainsi que les *mercuriaux à l'intérieur*, dont il sera question tout à l'heure ; et M. Dietrich recommande, si le chancre induré a son siége sur le feuillet interne du prépuce, de faire des onctions sur le feuillet externe avec la pommade suivante :

℞ Hydriodate de potasse... 2 gram.	Onguent rosat............ 30 gram.

Mêlez.

Moyens pour hâter la cicatrisation. — Pour hâter la cicatrisation du chancre, lorsque l'inflammation a cédé et que l'ulcère est devenu indolent, on a recours à d'autres moyens que ceux que j'ai indiqués plus haut. Ainsi l'*eau de Goulard*; la *solution de sulfate de zinc :*

℞ Eau................. 30 gram.	Sulfate de zinc.... ..... 0,10 gram.

la *solution de sulfate de cuivre :*

℞ Eau................. 30 gram.	Sulfate de cuivre........ 0,05 gram.

ou bien encore l'*eau chlorurée*, etc. Les pansements avec ces liquides se font comme avec le vin aromatique, c'est-à-dire qu'on en imbibe de la charpie qui est maintenue sur la surface de l'ulcère.

Tel est le traitement local à l'aide duquel on fait ordinairement cicatriser les ancres avec une grande promptitude. Nous avons vu comment quelques-uns sistent à la médication locale ordinaire, et comment il faut modifier le traite-ent pour en triompher. Ce que je dois ajouter ici, c'est qu'il est aujourd'hui re-nnu, et les observations de Cullerier, de M. Ricord, etc., sont venues le prouver, e le traitement mercuriel ne hâte nullement la disparition de l'ulcère, quand il t combiné avec ces moyens; qu'employé seul, il n'a souvent aucune influence r la marche de l'ulcération, et que les applications mercurielles, intempestivement pliquées sur la surface ulcérée, ont l'inconvénient de l'irriter et d'empêcher la catrisation. On a vu plus haut ce que nous avons dit relativement à cette der-ère assertion.

Il est un certain nombre de *complications* que j'ai fait connaître et qui deman-nt aussi à être traitées localement; il importe donc d'en dire quelques mots avant arriver au traitement général.

e. *Traitement des complications.* — Lorsque les chancres ont leur siége vers uverture du prépuce, il arrive, avons-nous dit, qu'on observe le *phimosis* avec cortége de symptômes inflammatoires qui l'accompagnent. En pareil cas, il faut abord combattre ces symptômes inflammatoires, ce que l'on fait par les *émissions nguines générales et locales*, les *bains*, et des *injections émollientes* ou *narco-ques* entre le gland et le prépuce; la suivante, par exemple :

℞ Décoction de têtes de pavot. 300 gram. | Extrait gommeux d'opium..... 2 gram.

Mêlez.

On peut en même temps prescrire les pilules suivantes :

℞ Camphre pulvérisé...... 2,50 gram. | Mucilage.................... Q. s.
Extrait gommeux d'opium. 0,40 gram. |

Mêlez. Pour seize pilules. Dose : deux chaque soir.

Puis, quand les chancres peuvent être mis à découvert, on les traite comme il a é dit précédemment. Si ces moyens ne suffisent pas, on a recours à l'*opération*, nt je ne dois pas m'occuper ici.

Je n'ai pas non plus à parler avec détail du traitement du *paraphimosis;* tout que j'ai à en dire qui ait rapport à notre sujet, c'est que l'on ne doit pas perdre vue que toute plaie qui est en contact avec le pus des chancres devient elle-me un chancre. Ce simple avertissement suffit pour que le praticien comprenne elles sont les précautions qu'il faut prendre en pareil cas, et combien il est im-rtant de ne recourir à l'instrument tranchant qu'après avoir épuisé inutilement s les autres moyens usités contre les accidents dont il vient d'être question.

Les autres *complications*, telles que les *bubons*, les *abcès*, ne doivent pas nous êter davantage. Ce sont des maladies, pour ainsi dire, surajoutées à la maladie incipale, et qui demandent un traitement particulier dont la place est ailleurs.

2° *Traitement général préventif des accidents secondaires.* — La première estion qui se présente, lorsqu'il s'agit de ce traitement, est de savoir s'il est utile inutile, ou même nuisible, comme quelques auteurs l'ont prétendu. M. Caze-ve nous a fourni à ce sujet un relevé d'observations qui mérite d'être reproduit

ici, car il s'agit d'une question de thérapeutique très importante. Voici ce que ce médecin a noté sur cent quarante-trois cas :

N'avaient fait aucun traitement.	41
N'ont pu faire connaître le traitement suivi.	5
Avaient suivi un traitement simple ou antiphlogistique.	51
Avaient suivi un traitement très incomplet.	8
Avaient employé le mercure à l'extérieur.	8
Avaient pris la liqueur de Van Swieten.	18
Avaient fait un traitement mercuriel complet.	12
TOTAL.	143

Il résulte de ce tableau que seulement la dixième partie environ des sujets a fait un traitement complet. Il est vrai que beaucoup de renseignements importa nous manquent. Ainsi nous savons qu'à une certaine époque le traitement antiph gistique des chancres était exclusivement mis en usage par beaucoup de médeci que quelques-uns l'adoptent encore ; que plusieurs regardent tout traitement m curiel comme inutile, et n'ont égard qu'au traitement local. On sent donc co bien il est difficile de savoir quel est approximativement le nombre des mala traités de telle ou telle manière, et par conséquent la valeur des chiffres conte dans le tableau précédent, car tout dépend de la proportion. Si, par exemp moins du dixième des malades a été traité par le traitement mercuriel complet, ne serait pas juste de regarder le faible chiffre des sujets atteints d'accidents seco daires après l'avoir suivi, comme prouvant les avantages de ce traitement. Ne r gardons, par conséquent, le résultat numérique qui vient d'être indiqué que com une probabilité en faveur d'un traitement mercuriel bien dirigé ; mais faisons o server que, de la part de ceux qui rejettent ce traitement comme inutile ou com dangereux, il n'y a pas de preuves vraiment probantes. Cullerier se contente dire qu'après la cicatrisation de l'ulcère le malade doit être considéré comme bi guéri. Mais sur quoi se fonde-t-il? voilà ce qu'il faudrait savoir ; car, dans u question aussi difficile, une simple assertion, même de la part d'un médecin (s'est exclusivement occupé de cette matière, n'a pas d'importance réelle. La mê réflexion s'applique à cette proposition de Rust : que le traitement mercuriel i jamais empêché le développement des accidents secondaires. Où sont les preuve voilà ce qu'il faut encore demander.

Quelques médecins ont été jusqu'à dire que le traitement mercuriel était no seulement inutile, mais encore nuisible ; et, armés de statistiques dont le p d'exactitude a été démontré, ils ont, entre autres choses, avancé que les accide secondaires attribués à la syphilis devaient pour la plupart être attribués au trai ment mercuriel lui-même. C'est une question sur laquelle je reviendrai lorsq j'aurai à parler de la syphilis en général. Je me contenterai ici d'un petit nomb de considérations.

On ne peut nier que l'abus du mercure n'ait produit des accidents graves ; c' ce qu'ont démontré plusieurs auteurs, et entre autres M. Dietrich, qui a pub un ouvrage sur les maladies mercurielles. Mais depuis assez longtemps on ne f point abus du mercure, et le nombre des accidents secondaires est encore consid

ble. A une certaine époque, lorsque l'utilité des préparations mercurielles fut n reconnue, on put dépasser la mesure et poser des principes qui pendant lon-es années ont prévalu sans qu'on s'aperçût des conséquences de l'application vi-use du remède, parce qu'on les attribuait naturellement à la syphilis elle-même; is depuis que l'attention a été fixée sur ce point, les médecins ont généralement sobres des agents mercuriaux, et ils se sont surtout attachés à ne pas dépasser limite convenable. Ce que l'on a reproché à l'abus du mercure ne saurait donc pliquer à notre époque. Et d'ailleurs le tableau précédemment cité, s'il ne nous ne pas un résultat positif sur la propriété préventive du mercure, nous apprend moins, quelles que soient les proportions qu'on puisse raisonnablement sup-er, que le mercure, en admettant qu'il n'ait pas le degré d'utilité que beaucoup médecins lui reconnaissent et auquel je ne peux m'empêcher de croire, n'a pas uneste influence qu'on a voulu lui attribuer.

Enfin M. Cazenave, dans le but de résoudre cette question, a fixé son attention bon nombre de sujets affectés de tumeurs gommeuses, d'ulcères, de syphilides tés par le mercure, et qui, loin de s'aggraver, ont été guéris par ce traitement; lis que, d'un autre côté, il observait un très grand nombre d'ouvriers soumis émanations du mercure, ayant absorbé par conséquent une grande quantité e métal, y ayant contracté le tremblement mercuriel, et ne présentant aucun accidents secondaires de la syphilis. Chaque jour les praticiens convenable-t placés ont occasion de faire de semblables remarques.

e ce qui précède je crois pouvoir conclure, tout en faisant des vœux pour que s ayons des renseignements plus précis sur un sujet aussi important, que le cure convenablement administré n'a pas les inconvénients qu'on lui a repro-s; que, selon toutes les probabilités, il a la propriété de prévenir les accidents ndaires, quoique cette propriété préventive ne soit pas absolue; que par con-uent tout praticien prudent doit prescrire le traitement mercuriel, en faisant prendre au malade que c'est une grande chance d'être à l'abri de l'infection érale et des accidents secondaires, mais que cependant il ne devra pas se re-der comme entièrement à l'abri de ces accidents. Si ces conclusions ne sont pas s que pourraient le désirer les esprits sévères, la faute en est à l'état de la nce, les auteurs qui se sont occupés de ces questions ne les ayant pas traitées c la méthode et la rigueur nécessaires.

Maintenant est-il quelque signe auquel on puisse reconnaître que le chancre ace d'être suivi d'accidents secondaires? Suivant M. Ricord, il n'est qu'un e qui annonce le danger; mais ce signe est infaillible : c'est l'*induration*. Je reviendrai pas longuement sur ce que j'ai dit plus haut à ce sujet; je me con-erai de rappeler que malheureusement la valeur de ce signe n'est pas aussi prouvée que le pense M. Ricord. Sans doute l'existence de l'induration devra ager le médecin à administrer avec grand soin le traitement mercuriel; mais s les cas où elle ne se montrera pas, devra-t-il s'en abstenir? C'est une con-sion que les praticiens prudents n'admettront pas avant qu'on leur ait fourni preuves plus concluantes.

e pense que, dans l'état actuel de la science, on ne peut s'empêcher de recou-au traitement général, dès qu'il est constaté qu'un sujet a un chancre. Sans te, dans beaucoup de cas, on aura employé un moyen inutile, mais on n'aura

pas, quoi qu'on en dise, prescrit un remède dangereux, car il suffit pour cela de ne pas dépasser les limites, et c'est l'affaire du médecin éclairé. Au reste, je le répète, il faut que ceux qui sont opposés à cette manière d'agir fournissent des faits convaincants et nombreux, s'ils veulent qu'on se range à leur opinion.

Quel est maintenant le traitement général qu'il convient de faire? C'est encore là une question qui présente de grandes difficultés, parce que les auteurs qui se sont occupés des maladies syphilitiques n'ont pas expérimenté convenablement, et c'est toujours, comme on le voit, la même cause qui produit l'embarras dans lequel nous nous trouvons. Ce que l'on peut dire de plus certain, en envisageant les faits d'une manière générale, c'est que le *traitement mercuriel* est le plus convenable. On a recommandé le traitement par l'*opium à haute dose*, par les *sudorifiques*, par le *sulfate d'antimoine*, etc.; mais ces moyens ne conviennent que dans des cas exceptionnels, et presque uniquement lorsque les ulcères vénériens sont consécutifs, et constituent, par conséquent, des accidents secondaires; or ce n'est pas le cas dont il s'agit ici.

Quant au traitement mercuriel qu'il convient de prescrire, je ne crois pas qu'il soit nécessaire ici de le rechercher avec soin. Rien ne prouve, en effet, qu'il faille employer d'autres remèdes mercuriels pour prévenir l'apparition de la syphilis constitutionnelle que pour la faire disparaître quand elle est déclarée. Je dois donc naturellement renvoyer le lecteur à ce que je dirai du traitement de la syphilis en général, des syphilides et de leurs symptômes concomitants.

Je me contenterai de dire ici que le *deutochlorure de mercure* (liqueur de Van Swieten, sirop de Larrey additionné, etc.) est la préparation la plus généralement administrée. On peut la remplacer par les *pilules de Sédillot*, par les *frictions mercurielles*, par les *frictions sur la plante des pieds avec la pommade au sublimé*, suivant la méthode de Cirillo, etc., etc. Il est bon d'adjoindre aux préparations mercurielles l'usage d'une tisane dépurative, et notamment de la salsepareille. Mais c'est assez insister sur des moyens que j'aurai à exposer longuement ailleurs. Il est une seule remarque à ajouter : c'est que les auteurs qui préconisent le traitement général comme préventif des accidents secondaires, recommandent de le proportionner au degré présumé de l'affection. Malheureusement il est bien difficile de se faire une idée juste de ce degré, et c'est là sans contredit une des causes qui ont fait regarder ce traitement comme inutile. On a dû bien des fois, en effet, rester en deçà de la limite convenable et ne pas détruire l'infection générale, et l'on a attribué à l'impuissance du médicament l'apparition des accidents secondaires due uniquement à ce que le traitement n'avait pas été aussi complet qu'il aurait fallu. Il faut nécessairement laisser à l'appréciation du médecin la force et la durée de ce traitement, jusqu'à ce que des recherches exactes aient été faites.

Résumé. — Il résulte de ce qui a été dit plus haut qu'il y a encore beaucoup d'obscurité dans plusieurs points du traitement de l'ulcère vénérien primitif; que cependant les faits, tels que nous les possédons, doivent nous faire admettre comme très utile le traitement abortif dans les premiers jours du chancre; les moyens locaux propres à hâter la cicatrisation, et qui ont été précédemment indiqués; et enfin le traitement mercuriel, prescrit dans le but de prévenir les accidents secondaires.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

° *Traitement abortif :* Cautérisation par le nitrate d'argent, par la potasse caus-
e, la pâte de Vienne, etc. ; excision.
° *Traitement antiphlogistique :* Saignées ; émollients ; repos ; diète.
° *Traitement du chancre douloureux :* Narcotiques ; opium ; eau de laurier-
se, etc.
° *Traitement du chancre indolent :* Cautérisation avec le nitrate d'argent ;
sements avec la charpie sèche, le calomel en poudre, la pommade de calomel, le
limé ; caustiques ; pansements avec le vin aromatique.
° *Traitement du chancre phagédénique rebelle :* Cataplasme avec la carotte ;
fondue ; onguents digestifs ; caustiques puissants ; cautère objectif ; cautérisa-
continue ; vésicatoire ; poudre de cantharides.
° *Traitement de l'induration :* Vésicatoire pansé avec l'onguent mercuriel ;
pression ; liquides résolutifs ; mercuriaux à l'intérieur et à l'extérieur ; hydrio-
de potasse.
° *Moyens pour hâter la cicatrisation :* Eau de Goulard ; sulfate de zinc et de
re ; eau chlorurée, etc.
° *Traitement des complications :* Traitement du phimosis, du paraphimosis,
bubons, des abcès, etc.
° *Traitement général ou préventif des accidents secondaires :* Mercure.

---

ous avons parlé, dans l'article qui précède, des particularités des *bubons* pro-
aux affections syphilitiques ; le reste de leur histoire appartient à la chirurgie.

IVᵉ SECTION. — SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE.

Avant de décrire les principaux accidents de la syphilis constitutionnelle, nous
ons présenter quelques observations sur leur mode de production, et, en quel-
e, sur leur filiation.

Le caractère qui distingue essentiellement, selon M. Ricord, les symptômes
ndaires et tertiaires du symptôme primitif et unique, le chancre, c'est que ce
ier seul est inoculable. De là, des déductions formelles, *absolues*, et d'une
te portée, telles que celles-ci : 1° Un homme sain peut communiquer sans
nte avec une femme affectée seulement d'accidents secondaires ou tertiaires.
Un homme affecté de ces mêmes symptômes ne peut pas contaminer une femme
e. 3° Une nourrice atteinte de ces mêmes symptômes ne peut pas infecter un
rrisson sain ; 4° et, réciproquement, un nourrisson syphilitique ne peut pas in-
er sa nourrice, parce qu'il n'a que des accidents secondaires ou tertiaires. Au
t de vue médico-légal, ces deux dernières propositions ont, comme on le
prend, une importance capitale. Néanmoins les partisans de cette doctrine
ettent très facilement les autres propositions suivantes : 5° Une femme syphi-
que, sans accidents primitifs, peut avoir un enfant syphilitique, sans que le

père soit contaminé par la femme. 6° Un père syphilitique peut donner naissance à un enfant syphilitique, sans avoir donné d'accidents primitifs à la mère. 7° Enfin la syphilis chez un des parents suffit pour que l'enfant soit syphilitique.

Ces diverses propositions n'ont pas été admises par tous les auteurs. Elles ont donné lieu à de vives objections; et de là sont nées une foule de conceptions diverses sur la contagion des accidents secondaires, et sur la genèse de la syphilis héréditaire. Voici les principales opinions.

Pendant un certain temps on a pensé que l'enfant ne pouvait naître syphilitique que quand les deux parents l'étaient eux-mêmes. Or, si la mère ne l'était pas d'abord, elle a dû le devenir par le père atteint d'accidents primitifs. Cette théorie impliquait la présence d'accidents syphilitiques primitifs chez le père; or, il a été démontré maintes fois que les choses ne se passaient pas ainsi, et que le père pouvait n'avoir que des accidents secondaires.

Cette doctrine a dû être complétement abandonnée. Mais il devait nécessairement résulter de l'observation des faits que les accidents secondaires sont transmissibles. En effet, si un enfant peut être rendu syphilitique par un père atteint d'accidents secondaires, la mère étant saine, il faut nécessairement, a-t-on dit que ces accidents secondaires soient inoculables. De là, la théorie de la contagion des plaques muqueuses, des chancres secondaires, des végétations, etc. Dans une importante discussion à l'Académie de médecine, cette doctrine, contraire à celle de J. Hunter et de M. Ricord, a été soutenue par MM. Velpeau, Gibert, Roux, Gerdy (1). Cependant elle n'est rien moins qu'établie; et si ce résultat n'a pas pu être obtenu par un homme comme M. Velpeau, il faut qu'elle ait bien peu de réalité.

Néanmoins, comme on croit avoir observé quelques faits de syphilis secondaire transmise par le père à la mère et à l'enfant, une nouvelle explication a été produite. Le père ne peut pas infecter directement la mère, les accidents secondaires n'étant pas inoculables; mais il a procréé un enfant syphilitique; cette dernière proposition est acceptée même par M. Ricord. Et, enfin, l'enfant syphilitique, comme partie intégrante de sa mère, infecte à son tour celle-ci, sans qu'elle ait passé par la période des accidents primitifs. Dans la discussion devant l'Académie de médecine (1852-53), M. Ricord a paru pencher vers cette doctrine; mais elle a été surtout exposée avec détail par M. Diday, de Lyon (2). « Mais, a-t-on dit, s'il en était ainsi, la contagiosité des accidents secondaires serait prouvée! puisque l'enfant n'hérite de son père que des accidents secondaires?—Non! répond M. Ricord; car l'enfant ne contagionne pas et n'infecte pas sa mère par voie d'inoculation. Le fœtus, qu'est-ce autre chose, si ce n'est une sorte d'organe de la mère, lié à elle par les liens de la plus intime vascularité, vivant de sa vie et de son sang; mère, fœtus, n'est-ce pas tout un, n'est-ce pas la même solidarité vitale qu'il est impossible de rompre? Et comment penser, sans bouleverser toutes les notions acquises sur la transmission des maladies, à assimiler celle qui se fait du fœtus à la mère, avec celle que l'on voudrait établir entre la mère et le nourrisson (3)? »

La possibilité de cette infection de la mère par le fœtus, considérée comme

(1) *Bulletin de l'Acad. de médecine*, 1852-53, t. XVIII.
(2) *Nouvelles doctrines sur la syphilis*. Paris, 1858, p. 353 et seq.
(3) Ricord, *Bulletin de l'Acad. de médecine*, 1852-53, p. 135.

obable par M. Ricord, a été soutenue comme réelle par M. Diday (1) ; mais elle été repoussée par les élèves mêmes de M. Ricord, et particulièrement par M. Maisonneuve et Montanier (2).

Comme on le comprend bien d'après ces détails, une grande obscurité règne core sur ces questions, et le praticien fera bien de demeurer dans une sage serve.

Mais il reste encore une question : L'enfant syphilitique, et qui n'a point d'accidnts primitifs, peut-il infecter sa nourrice ou toute autre personne? Ici il ne git plus d'une infection comme celle que le fœtus peut produire chez sa mère r les rapports de vascularité qui les unit, et, dès lors, M. Ricord répond fermeent par la négative. Plusieurs auteurs, parmi lesquels nous citerons surtout M. Bouchacourt et Bouchut (3), soutiennent l'opinion contraire. Enfin, M. Diday artage la même opinion, tout en niant, en général, la propriété contagieuse des ccidents secondaires. « Le grand caractère de la syphilis héréditaire, dit-il (4), st que les manifestations qu'elle produit *sont contagieuses*, quoique offrant physiuement toute l'apparence des symptômes secondaires de la vérole d'adulte, lesuels, eux, *ne sont pas contagieux.* » On comprend dès lors qu'un enfant syphilique puisse infecter sa nourrice, et qu'il devienne un *danger pour tous ceux qui 'approchent.* Mais, de plus, si une nourrice, dont le sein a été infecté par un preaier nourrisson syphilitique, donne à teter à un autre nourrisson sain, celui-ci eut être infecté à son tour; car l'ulcère de la nourrice n'est que de la *syphilis ongénitale greffée sur un adulte.* Telles sont les doctrines de M. Diday. Nous reonnaissons tout ce qu'elles ont d'ingénieux, mais aussi de dangereux dans la praique et dans les applications à la médecine légale; et nous attendrons des recherhes et des discussions approfondies avant de les discuter.]

V[e] SECTION. — PLAQUES MUQUEUSES.

J'ai dit, à propos des symptômes secondaires, qu'il en est un qui mérite une description particulière : c'est celui qui est constitué par les plaques *muqueuses*. Suivant plusieurs auteurs recommandables, ce symptôme est tantôt primitif et tantôt secondaire ; mais il résulte des recherches les plus récentes, et en particulier de celles qui sont consignées dans un intéressant travail de MM. Davasse et Deville (5), et de celles de M. Bassereau (6), qui vient de publier sur les affections cutanées syphilitiques un ouvrage conçu et exécuté dans un excellent esprit, qu'il faut le ranger parmi les symptômes secondaires ; car si, dans quelques cas, on a vu les plaques muqueuses survenir dans les premiers jours de l'infection, ces cas sont très rares, et, d'un autre côté, les plaques succèdent le plus souvent à des chancres, elles ne s'inoculent pas, et sont fréquemment le signe d'une syphilis héréditaire : c'est ce qui m'a engagé à présenter ici leur histoire.

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1849, p. 777. — *Nouvelles doctrines sur la syphilis*, 1858.
(2) *Traité pratique des maladies vénériennes*, 1853, p. 370.
(3) Bouchut, *Mémoires de la Société de biologie*, 1849, p. 135.
(4) *Nouvelles doctrines sur la syphilis*, p. 369.
(5) *Des plaques muqueuses* (*Arch. gén. de méd.*, 4[e] série, 1855, t. IX et X).
(6) *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*. Paris, 1852.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La définition suivante, proposée par MM. Davasse et Deville, me paraît devoir être adoptée : « Nous entendons, disent-ils, sous le nom de *plaque muqueuse*, un symptôme syphilitique particulier, caractérisé par des élevures saillantes plus ou moins rosées, d'une forme assez souvent arrondie, recouvertes par une surface ressemblant assez à une membrane muqueuse ; elle siége au voisinage des ouvertures naturelles du corps, surtout au pourtour des organes génitaux et de l'anus, sur les muqueuses buccale et pharyngienne, et quelquefois sur d'autres parties du corps, plus particulièrement à la base des ongles, et là où la peau forme naturellement des plis en s'adossant à elle-même. »

On a donné à ce symptôme syphilitique un grand nombre de noms divers. Je citerai les suivants : *pustule muqueuse*, *pustule plate ; tubercule muqueux*, *tubercule plat ; papule muqueuse ; syphilide muqueuse*, *syphilide tuberculeuse*. MM. Deville et Davasse ont critiqué ces diverses dénominations, et leur ont préféré celle de *plaques muqueuses*, qui ne préjuge rien sur le caractère de la maladie ; c'est la même raison qui me la fait adopter.

« De toutes les expressions symptomatiques de la syphilis constitutionnelle, aucune, disent les auteurs que je viens de citer, ne peut être comparée aux plaques muqueuses sous le rapport de la fréquence. » Cette proposition ne peut toutefois être regardée comme exacte que lorsqu'on considère la syphilis chez la femme. MM. Deville et Davasse nous apprennent, en effet, que, dans le sexe féminin, ils ont trouvé des plaques muqueuses chez plus de la moitié des sujets ; mais tout le monde sait que les hommes y sont beaucoup moins exposés.

L'indication du *siége* de la maladie est suffisamment exprimée dans la définition ; je n'y reviendrai pas ici.

§ II. — Symptomatologie.

Les recherches de MM. Deville et Davasse, que je dois citer à chaque instant, nous font connaître la manière dont se développent les plaques muqueuses. Ces auteurs désignent les phénomènes qui se produisent alors sous le nom d'*évolution*.

Ils ont noté que les plaques muqueuses se développent de deux manières : « Tantôt, disent-ils, elles naissent d'un chancre dont elles sont la *transformation in situ*, comme dit M. Ricord ; tantôt elles se forment immédiatement sur des surfaces saines, » d'où résultent les phénomènes suivants :

1° *Transformation du chancre en plaque muqueuse*. — Cette transformation a lieu du quinzième au quarantième ou cinquantième jour. La surface du chancre, de grisâtre qu'elle était, devient bourgeonnante et rouge de la circonférence au centre. Le cercle inflammatoire prend une teinte plus sombre ; il s'élargit, se tuméfie, devient saillant, se couvre d'une pellicule. Plus tard, le centre même du chancre est envahi, et « il en résulte la saillie granuleuse, irrégulière, recouverte entièrement de la pellicule membraniforme qui constitue la plaque muqueuse arrivée au dernier terme du développement. »

2° *Développement spontané*. — Ce développement n'a pas été étudié par MM. Deville et Davasse, comme le précédent. Tout fait croire que, dans ce cas, la plaque

muqueuse atteint promptement son plus haut degré ; c'est du moins ce qu'on est porté à admettre, lorsqu'on voit dans quelques cas, de nombreuses et larges plaques apparaître un très petit nombre de jours après l'infection primitive.

M. Bassereau, qui a bien observé ce développement, le décrit comme il suit :

De la grande papule humide (plaque muqueuse) sur les régions saines de la peau et des membranes muqueuses (1). « Un point du scrotum, par exemple, ou de la bouche, rougit et s'étale circulairement; bientôt une sécrétion de sérosité, en quantité si petite, qu'elle suffit pour décoller l'épiderme, mais non pas pour le soulever sensiblement, se forme sur la plaque; le moindre frottement, l'action de se gratter, peuvent déchirer cet épiderme décollé, qu'on enlève aussi très facilement avec la pointe d'une aiguille. L'épiderme étant enlevé, on observe une surface rouge, vive et même saignante, ordinairement bordée par un petit bourrelet blanchâtre formé par la déchirure circulaire du lambeau épidermique.

« Après ce premier travail de fluxion inflammatoire de la peau, et le décollement de l'épiderme, on voit immédiatement paraître un autre phénomène : la surface malade de la peau se couvre d'une sécrétion plastique, blanchâtre, d'abord protégée par l'épiderme, s'enlevant comme les pseudo-membranes, et laissant à nu une surface saignante. La sécrétion blanche dont je parle se forme difficilement sur les surfaces exposées à de trop grands frottements; le corps réticulaire reste quelque temps à nu, humide et saignant. Alors commence une période qui manque presque toujours dans les membranes muqueuses, et qui est, en général, très caractérisée sur la peau : c'est la période de végétation de la surface humide qui s'élève en forme de larges papules, s'étale quelquefois après s'être élevée, et forme des espèces de condylomes, dont la base se trouve moins large que le sommet. »

A ces deux modes de développement, il faut en joindre un troisième que M. Bassereau (2) a observé et décrit comme il suit :

3° *Développement sur la cicatrice d'un chancre récemment guéri.* — Ce mode d'évolution, observé huit fois par M. Bassereau à la suite de chancres phagédéniques ayant largement ulcéré les tissus, commença du quinzième au quatre-vingt-dixième jour après la formation de la cicatrice ; l'épiderme qui la recouvrait se déchira au début de la période de fluxion; une sécrétion blanche et comme diphthéritique se forma rapidement et envahit toute la surface de la cicatrice. M. Bassereau insiste sur ce mode de développement, qui peut faire prendre ces symptômes secondaires pour des chancres qui récidivent.

Caractères des plaques muqueuses. — Je crois devoir décrire en peu de mots ces plaques, généralement très faciles à reconnaître. Elles sont *saillantes*, ordinairement arrondies, quelquefois elliptiques ou irrégulières. Elles ont une *étendue* qui varie entre 2 millimètres et 2 centimètres : leur saillie est de 2 à 5 millimètres. Leur surface est plane, parfois légèrement bombée. Leur *couleur* varie du rose au violet foncé. Les plaques muqueuses sont ordinairement couvertes d'une *pellicule* mince, fine et molle, d'apparence muqueuse, et de là le nom qu'on leur a donné. Dans les cas peu fréquents où cette pellicule manque, la surface est *granulée.*

(1) *Loc. cit.*, p. 324.
(2) *Loc. cit.*, p. 335.

Tantôt les *bords* de la plaque sont saillants et nettement coupés, tantôt ils s'abaissent insensiblement vers la peau, tantôt ils sont renversés.

La *consistance* des plaques est mollasse; elles sécrètent un liquide gluant, dense, d'une odeur forte, *sui generis;* quelquefois même un liquide puriforme; et, dans ce cas, les parties environnantes enflammées offrent une sécrétion semblable : parfois, au contraire, la surface des plaques est sèche.

Il n'est pas très rare de voir les plaques muqueuses déterminer des *démangeaisons* parfois très vives. Quant à leur nombre, il est on ne peut plus variable, puisque parfois on n'en voit qu'une seule, et que certains sujets en présentent plus de cent.

Tels sont les caractères des laques muqueuses. Mais il est un certain nombre de variétés qu'il importe de signaler.

Variétés. — Je ne ferai que mentionner l'*éruption discrète* et l'*éruption confluente;* ces expressions suffisent seules pour faire comprendre quels sont les caractères de ces variétés. Parfois les plaques présentent une ulcération irrégulière, grisâtre, plus ou moins profonde, sécrétant un pus fétide; elles constituent la variété désignée sous le nom de *plaque ulcérée.* Si la plaque se couvre d'une fausse membrane grisâtre, on lui donne le nom de *plaque diphthéritique.* Si des végétations se développent sur la surface de la plaque, il existe la *plaque végétante.* Les *condylomes* et les *rhagades* ne sont eux-mêmes que des plaques muqueuses occupant le pourtour de l'anus, saillantes (condylomes) ou ulcérées (rhagades), et, dans ce dernier cas, donnant lieu à des symptômes analogues à ceux que produit la *fissure à l'anus.*

Les *plaques du cuir chevelu* ont cela de remarquable, que le liquide qu'elles sécrètent agglutine les cheveux. Sur les *membres*, le *tronc*, les *joues*, elles se couvrent de croûtes jaunâtres et transparentes; aux commissures des lèvres, elles sont légèrement granulées; sur la *langue*, elles sont grisâtres ou d'un rouge terne; sur les *amygdales* et le *voile du palais*, elles sont d'un blanc grisâtre et se recouvrent, plus fréquemment que dans tout autre point, d'une exsudation plastique. Entre la base des *orteils*, elles ressemblent assez aux rhagades. On a vu quelquefois les plaques occuper tous les points du corps : M. Cazenave a cité des cas remarquables de cette *éruption générale.*

§ III. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

C'est à MM. Davasse et Deville (1) qu'on doit les meilleures études sur la marche, la durée et les diverses terminaisons des plaques muqueuses. Il résulte de leurs recherches qu'après s'être développées, ainsi que nous l'avons dit plus haut, ces plaques, si elles sont abandonnées à elles-mêmes, restent stationnaires pendant un temps indéterminé, puis finissent par disparaître spontanément.

La *durée*, en pareil cas, varie de quinze jours à plusieurs mois. Le traitement mercuriel a pour résultat de diminuer beaucoup cette durée. La *terminaison* favorable se produit par la dessiccation et la flétrissure des plaques; mais tout n'est pas fini lorsqu'elles ont disparu. D'une part, en effet, il survient quelquefois des réci-

(1) *Loc. cit.*, 4ᵉ série, 1845, t. IX.

res, si l'on a employé un traitement autre que le traitement mercuriel, et surut si l'on a négligé tout traitement; et d'autre part il est à craindre que des mptômes tertiaires ne se montrent plus tard. Dans les cas où les plaques mueuses ont été ulcérées, il reste de petites cicatrices.

§ IV. — Diagnostic, pronostic.

C'est encore à MM. Davasse et Deville (1) que nous devons emprunter les détails diagnostic. Toutefois, sur ce point, je n'entrerai point dans de grands détails, rce que, comme le font remarquer ces deux auteurs, il suffit d'avoir observé ie fois les plaques muqueuses pour ne les confondre à peu près jamais avec aucun tre symptôme syphilitique, ce qui prouve qu'elles ont des caractères distinctifs ès marqués.

Le *chancre induré* est beaucoup plus fréquent chez les hommes que chez les mmes, tandis que le contraire a lieu pour la plaque muqueuse; celle-ci est hatuellement molle, et n'a jamais la dureté caractéristique du chancre induré; elle une surface légèrement convexe; elle est recouverte ordinairement d'une pellile fine et de couleur rosée; le chancre est concave, à bords saillants, sans pelcule, et grisâtre.

Les *papules syphilitiques* n'ont qu'une ressemblance très éloignée avec la plaque uqueuse; elles ne présentent pas de sécrétion, n'ont pas de pellicule muqueuse, ffrent une desquamation : ces signes sont suffisants.

Je me contenterai d'ajouter que les altérations décrites sous le nom de *tuberules syphilitiques* ne sont autre chose que les plaques muqueuses elles-mêmes. Quant aux *végétations*, à la *fissure à l'anus*, à l'*eczéma*, à la *stomatite mercurielle*, l'*angine simple*, etc., ces lésions sont trop différentes des plaques muqueuses our que je doive faire autre chose que les mentionner; disons seulement que ce qui peut rendre le diagnostic difficile, c'est le mélange de ces diverses affections. Le médecin doit alors remonter aux antécédents, peser toutes les circonstances concomitantes, savoir s'il a existé des chancres, etc., etc.; car, par une étude attentive de la marche et de la succession des symptômes, on est presque toujours sûr d'arriver facilement au diagnostic.

Pronostic. — Ainsi que nous l'avons vu plus haut, les plaques muqueuses syphilitiques ne présentent aucun danger par elles-mêmes, mais elles sont l'indice d'une infection générale, et c'est seulement sous ce point de vue que le pronostic offre une certaine gravité.

§ V. — Traitement.

Si l'on voulait ne s'occuper que du traitement des plaques muqueuses ellesmêmes, on n'aurait très peu de chose à dire, car presque toujours elles cèdent rapidement aux moyens les plus simples, mais ce traitement n'est presque rien; ce qui est véritablement important, c'est le traitement qu'exige l'infection générale : je vais, en peu de mots, envisager la question sous ces deux points de vue.

Traitement local. — Pour le traitement local, on a mis en usage les *mercuriaux*, les *astringents* et même les *caustiques*. Disons d'abord que, dans l'immense majo-

(1) *Loc. cit.*, 4e série, 1846, t. X, p. 313.

rité des cas, il suffit de quelques onctions avec l'*onguent napolitain* pour faire disparaître en très peu de jours les plaques muqueuses; mais j'ai remarqué, pendant que je faisais un service à l'hôpital de Lourcine, que sous l'influence de ce traitement, la salivation mercurielle se produit avec la plus grande facilité; aussi faut-il *ne faire pratiquer les onctions sur les plaques que deux fois par jour*, faire *laver* les malades, dix minutes après, avec l'*eau savonneuse*, et, *au bout de trois jours, suspendre les onctions.* Cette suspension ne nuit pas à l'effet du traitement; les plaques, en effet, complétement flétries, ne tardent pas à s'effacer tout à fait avec quelques soins de propreté. Pour ma part, je n'ai pas trouvé de cas qui résistât à ce traitement local; cependant on a cité des exemples de plaques muqueuses ulcérées qui exigeaient d'autres moyens; j'en parlerai tout à l'heure.

On peut aussi guérir les plaques muqueuses par des onctions avec la *pommade au calomel*, ou *en saupoudrant les parties malades avec du calomel en poudre*, et par d'autres préparations mercurielles. « Pour M. Ricord, disent les auteurs du *Compendium*, la médication locale la plus énergique et la plus efficace est la suivante : On lotionne deux fois par jour les plaques muqueuses avec un liquide composé de *quatre parties d'eau distillée pour une partie de chlorure d'oxyde de sodium; puis on les saupoudre de calomel*, et l'on garantit avec un linge les surfaces ainsi pansées du contact des parties voisines. La guérison s'opère en cinq ou six jours.

» Ce traitement n'est pas applicable aux plaques muqueuses de la bouche, pour lesquelles M. Ricord emploie la cautérisation superficielle par le *nitrate acide de mercure*. »

J'insisterai très peu sur la médication astringente, dont les effets sont généralement moins sûrs et moins prompts que ceux des moyens précédents. Je me contenterai de dire que, sous l'influence de *lotions* faites avec une solution de *sulfate de zinc*, d'*alun*, d'*acétate de plomb*, on a fait fréquemment disparaître les plaques muqueuses; mais il nous est difficile de dire quelle a été en pareille circonstance l'action du médicament, et quelle est la part qu'il faut faire aux simples soins de propreté.

Parfois les plaques muqueuses présentent une ulcération douloureuse; on est souvent obligé alors de se borner, dans les premiers jours, à de simples *lotions émollientes*, et à un pansement, matin et soir, avec le *cérat opiacé;* mais dès que l'irritation et la douleur sont passées, il faut recourir au traitement précédent, ou employer la cautérisation.

La *cautérisation* des plaques ulcérées se fait ordinairement en promenant légèrement sur leur surface un *crayon de nitrate d'argent*, ou bien en les touchant soit avec une *solution concentrée de nitrate d'argent* (4 ou 5 grammes pour 30 grammes d'eau distillée), soit avec le *nitrate acide de mercure*, l'*acide chlorhydrique*, etc. On redoutait beaucoup, avant ces dernières années, ces cautérisations qui, selon les idées généralement reçues, mettaient les sujets en grand danger de voir apparaître des symptômes consécutifs, en supprimant ainsi cette manifestation syphilitique qu'on jugeait nécessaire; mais il est évident qu'on était dans l'erreur, et que la cautérisation des plaques ulcérées, pas plus que celle du chancre, ne peut avoir aucun effet sur l'infection générale, qui, ainsi que le reconnaissent tous les auteurs, existe déjà lorsque ces plaques se produisent. Ceci m'amène à dire un

mot du traitement général, qui seul évidemment peut avoir une influence sur les conséquences de cette infection générale.

Traitement général. — Si l'on considère les principaux auteurs qui se sont occupés de cette importante question, on se trouve assez embarrassé pour se former à ce sujet une opinion définitive; cependant je ne crois pas qu'un médecin prudent puisse se dispenser de mettre en usage le traitement général, car il est loin d'être démontré par les faits qu'un pareil traitement n'a pas prévenu maintes fois le développement de symptômes secondaires et tertiaires graves.

Maintenant dois-je entrer dans des détails sur ce traitement général? Évidemment non; car ce que j'ai dit dans l'article précédent s'applique tout à fait aux plaques muqueuses qui, sous ce rapport, ne réclament aucun moyen particulier.

VIe SECTION. — SYPHILIDES.

Nous devons à M. Cazenave (1) un des meilleurs traités sur les syphilides, affections dont il avait déjà donné, avec M. Schedel, une bonne description (2) d'après les principes établis par Biett. Mais déjà, depuis l'apparition des premières épidémies vénériennes, on avait remarqué ces affections particulières de la peau, qui suivent les accidents primitifs de la syphilis, et qui ont, comme on le verra plus loin, des caractères particuliers. Seulement alors, comme on peut le voir dans l'ouvrage de Nicolas Massa (3), on désignait d'une manière vague les diverses lésions qui constituent les syphilides, sous le nom de *pustules*, en se contentant de signaler quelques-uns de leurs caractères physiques. C'est à Gallus (4), et après lui à Gaspard Torella (5), qu'on doit d'avoir établi plusieurs espèces de syphilides. Ensuite les travaux d'Astruc, de Hunter, de B. Bell, etc., ont ajouté à nos connaissances sur ces maladies. Mais il faut arriver à Biett, qui a appliqué à leur étude la méthode de Willan, pour en avoir une histoire aussi satisfaisante que possible. J'ai déjà dit que c'est d'après ces principes que M. Cazenave, qui a beaucoup ajouté à nos connaissances par ses intéressantes recherches, a tracé sa description; ce sont eux aussi qui ont guidé, dans leurs recherches, M. Rayer (6), M. Legendre, à qui nous devons une très bonne thèse sur ce sujet, MM. Béhier, Martins, et surtout M. L. Bassereau (7), dont j'ai déjà eu l'occasion de citer l'excellent traité. Enfin, nous avons vu ce que l'on doit à M. Ricord relativement à la succession des symptômes secondaires, parmi lesquels il faut citer les syphilides, et M. Leudet (8) nous a donné sur ce sujet un mémoire fort intéressant, d'après des observations recueillies avec soin dans le service de ce chirurgien à l'hôpital du Midi.

Ces affections ont un très grand nombre de caractères communs, et ce sont pré-

(1) *Traité des syphilides, ou maladies vénériennes de la peau.* Paris, 1843, in-8 et atlas.
(2) *Abrégé pratique des maladies de la peau.* Paris, 1847, in-8.
(3) *Liber de morbo gallico.* Ven., 1563.
(4) *De lign. sanc.*, etc.
(5) *Tract. cum consil. contra pudend., siv. morb. gallic.*
(6) *Traité des maladies de la peau.* Paris, 1835, t. II, p. 340.
(7) *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis.* Paris, 1852.
(8) *Recherches sur les syphilides, d'après les observations recueillies à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Ricord* (*Archives générales de médecine*, 4e série, 1849, t. XIX, p. 26, 217).

cisément ces caractères communs qu'il importe le plus de connaître, puisqu'ils servent à différencier les syphilides des affections ordinaires de la peau. Il convient donc de traiter d'abord avec détail des symptômes communs des syphilides, ou des *syphilides en général;* il suffira ensuite de quelques rapides indications pour faire connaître les syphilides en particulier.

1° DES SYPHILIDES EN GÉNÉRAL.

Nous avons vu plus haut que certains accidents syphilitiques, bien qu'ayant la peau pour siége, ne sont pas regardés comme des syphilides par quelques auteurs, tandis que d'autres les rangent dans cette catégorie. Je ne chercherai pas quelle est de ces opinions celle qui est le mieux appuyée sur les faits, cette discussion nous entraînerait trop loin, sans nous conduire à un résultat bien positif; d'ailleurs, ce qui est important pour la pratique, c'est de savoir que tous les symptômes syphilitiques cutanés sont des signes d'infection générale, et c'est ce qui est unanimement reconnu. Du reste, ayant déjà traité à part des plaques muqueuses, je n'ai plus à m'occuper que des syphilides admises par tout le monde, et qu'on pourrait nommer *syphilides proprement dites.*

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Aux *syphilides proprement dites*, dont je vais m'occuper exclusivement, s'applique très bien la définition proposée par les auteurs du *Compendium*, et que, par cette raison, je reproduis ici : « Nous désignons sous le nom générique de *syphilides* les accidents *secondaires* qui se développent *sur la peau.* »

La grande fréquence des syphilides est généralement connue; c'est, en effet, la présence ordinaire de ces symptômes secondaires qui fait reconnaître le plus souvent l'infection syphilitique générale.

§ II. — Division.

C'est d'après les caractères particuliers des syphilides qu'on a établi leur division; or ces caractères sont ceux des maladies ordinaires de la peau, et c'est précisément ce qui a permis à Biett de leur appliquer la méthode de Willan. Il suffit donc de rappeler la division que nous avons suivie dans le chapitre précédent, et de l'appliquer aux accidents syphilitiques. La voici telle que l'a suivie M. Cazenave:

1° *Syphilide exanthématique :* Roséole, érythème syphilitiques.

2° *Syphilide vésiculeuse :* Eczéma, herpès syphilitique, syphilide à forme de varicelle.

3° *Syphilide bulleuse :* Pemphigus, rupia syphilitiques.

4° *Syphilide pustuleuse :* Acné, impétigo, ecthyma syphilitiques.

5° *Syphilide tuberculeuse :* Il ne faut pas confondre cette espèce avec les plaques muqueuses. On en a décrit plusieurs formes, suivant que les tubercules sont en groupes, disséminés, perforants, serpigineux.

6° *Syphilide papuleuse :* Lichen syphilitique.

7° *Syphilide squameuse :* Psoriasis syphilitique, syphilide squameuse cornée.

8° Sous le nom de *syphilide maculée*, les auteurs du *Compendium* ont désigné

les taches syphilitiques de la peau, que M. Cazenave range parmi les *symptômes concomitants*.

Si maintenant nous examinons le degré de fréquence de chacune de ces espèces en particulier, nous voyons qu'il est très variable. Voici, en effet, ce que les auteurs du *Compendium*, après avoir consulté les meilleurs écrits, ont dit à ce sujet : « La forme exanthématique est la plus commune, suivant M. Ricord, quand on observe les malades peu de temps après l'accident primitif. M. Cazenave assure, au contraire, que la roséole est une des éruptions syphilitiques que l'on observe le moins fréquemment. La forme vésiculeuse est très rare; les formes papuleuse et tuberculeuse sont très communes. Sur 98 cas de syphilide recueillis par MM. Martins et Mac-Carthy, on compte :

» 30 syphilides papuleuses ;
» 27 roséoles syphilitiques;
» 26 syphilides tuberculeuses;
» 10 syphilides pustuleuses;
» 3 syphilides vésiculeuses;
» 2 syphilides squameuses. »

§ III. — Caractères communs des syphilides.

Coloration. — Dès que les syphilides ont été convenablement étudiées, on a remarqué qu'elles se distinguent des affections ordinaires de la peau par une *teinte particulière* que Fallope a comparée à celle de la *chair de jambon* et qu'on désigne aujourd'hui sous le nom de *couleur rouge cuivrée*. Cette coloration a été notée d'une manière constante par M. Cazenave, mais elle est loin d'être toujours la même, et elle n'a pas constamment l'aspect rouge cuivré proprement dit. Elle varie, en effet, du rouge cuivré au gris brunâtre. « Cette coloration, dit M. Cazenave, existe dans les taches, dans les papules, dans les tubercules, à la base des pustules et des vésicules; elle accompagne constamment les élévations squameuses, quelquefois les squames elles-mêmes. Permanente, elle disparaît incomplétement sous la pression du doigt, ce qui vient prouver encore qu'elle n'est jamais entièrement sous la dépendance du réseau capillaire sanguin. Constituant quelquefois la maladie tout entière, plus vive au début de l'éruption, elle devient de plus en plus grise, à mesure qu'elle disparaît. Succédant souvent aux syphilides elles-mêmes, elle résiste quelquefois longtemps après que l'éruption a disparu, surtout quand celle-ci a laissé après elle des cicatrices. »

Forme circulaire. — De tout temps on a remarqué la disposition que présentent les ulcérations vénériennes à affecter la forme circulaire. Cette disposition se retrouve également dans les diverses éruptions cutanées, bien que d'une manière assez souvent moins évidente : c'est ce que M. Cazenave a constaté en examinant les faits.

Chronicité. — M. Cazenave range parmi les caractères les mieux tranchés des syphilides celui de ne jamais se présenter avec un état franchement aigu. « Partout, dit-il, la marche de l'éruption est lente, le travail de suppuration difficile, celui de cicatrisation plus lent encore, etc.; et c'est à mes yeux un signe très important que cette lenteur, cette chronicité de la marche des syphilides. »

Nature des lésions secondaires.— Le même auteur, à qui j'emprunte une grande partie de cette description, parce que rien ne pourrait suppléer à ses intéressantes recherches, s'exprime à ce sujet comme il suit : « Ainsi les squames sont, en général, plus minces, plus sèches encore que dans les affections squameuses simples. Elles sont surtout beaucoup moins larges; elles ne recouvrent jamais toute l'étendue de la plaque autour de laquelle on les voit former un liséré blanchâtre bien remarquable, et auquel Biett attachait avec beaucoup de raison une grande valeur pour le diagnostic. Enfin, elles se reforment avec lenteur; aussi observe-t-on le plus souvent les élévations papuleuses du psoriasis et de la lèpre syphilitique dépouillées de leurs squames.

» Les *croûtes* sont ordinairement épaisses, verdâtres, quelquefois noires, dures, comme sillonnées, très adhérentes. Elles sont toujours l'expression d'une destruction de tissu plus ou moins étendue, ou bien elles surmontent une ulcération, et alors elles sont plus molles, plus larges à leur base, comme entourées d'un cercle mollasse, cuivré, qui les recouvre un peu dans toute leur circonférence; ou bien elles reposent sur un point cicatrisé, et, dans ce cas, elles sont souvent sèches, comme retirées, racornies à leur base, qui est inégale, et qui, par des pertes successives, découvre graduellement une cicatrice dans laquelle elle semble pénétrer, pour ainsi dire, par des espèces de mamelons entourés d'une petite desquamation sèche et blanchâtre. »

Destruction des tissus. — Tout le monde a remarqué la grande tendance des syphilides à se terminer par la destruction des tissus; mais ce caractère n'est pas aussi général que les précédents, puisqu'il ne s'applique ni à la syphilide exanthématique, ni à la syphilide squameuse.

Lorsque la destruction a lieu par ulcération, la *forme* de celle-ci est presque toujours remarquable; mais, dans quelques cas, la destruction des tissus a lieu sans qu'il se produise d'ulcération : c'est une simple absorption d'un tissu dégénéré que l'on observe dans certains cas de syphilide papuleuse et tuberculeuse.

Cicatrices. — Je ne saurais mieux faire encore que de laisser parler sur ce point M. Cazenave : « Elles sont, dit-il, arrondies, plus ou moins déprimées : récentes, elles ont une couleur comme bronzée; quelquefois leur tissu gonflé offre une légère saillie; sous l'épiderme, on voit ramper des vaisseaux superficiels. Plus tard, elles s'affaissent : il semble qu'un travail d'absorption s'établisse à l'intérieur : elles perdent leur teinte violacée; elles deviennent blanches, plus déprimées encore; leur surface, d'un blanc mat, est d'ailleurs tendue ou plissée, lisse ou gaufrée, et quelquefois sillonnée de brides plus dures et plus saillantes.

» Dans quelques circonstances elles sont blanches dès les premiers temps, mais d'un blanc bleuâtre; elles sont alors entourées d'une *auréole cuivrée* qui va toujours en diminuant, et dont la teinte se perd progressivement dans la couleur de la peau environnante. »

A ces caractères, M. Bassereau (1) en ajoute deux autres. Le premier appartient spécialement aux syphilides précoces; c'est une tendance singulière à la *polymorphie*, c'est-à-dire à l'évolution simultanée de syphilides de diverses formes chez un même sujet, ce qui arrive rarement dans les maladies non spécifiques de la peau;

(1) *Loc. cit.*

Le deuxième caractère est tiré de la différence de forme qui existe entre les éruptions syphilitiques et les affections cutanées vulgaires qui s'en rapprochent le plus par la lésion élémentaire.

Tels sont les caractères communs des syphilides. Si je voulais être très complet, je devrais étudier la marche, les terminaisons, le diagnostic, le pronostic de ces affections, mais, en les envisageant ainsi d'une manière générale, je n'aurais à présenter que des considérations d'une valeur secondaire. Si, sur chacun de ces points de vue, j'ai quelque chose d'intéressant à dire, il vaut mieux le renvoyer à l'exposé des diverses espèces en particulier. Je ne m'arrêterai donc un instant que sur l'étiologie des syphilides, qui présente quelques points importants à noter, et sur le traitement, qui doit être étudié en général ; car, ainsi que nous le verrons plus loin, il n'est guère de moyen thérapeutique qui s'applique à une espèce de syphilide plutôt qu'à une autre.

§ IV. — Causes des syphilides.

Il est évident que je ne dois pas m'occuper ici de la cause principale des syphilides. Tout le monde convient aujourd'hui qu'on la trouve dans l'infection générale de l'économie par le virus syphilitique. Mais il est des circonstances dans lesquelles ces affections spécifiques de la peau se développent plus particulièrement, et ce sont ces circonstances que je vais rechercher.

Je ne discuterai pas longuement la question de savoir quel est le temps au bout duquel apparaissent les syphilides après l'infection générale. Il est sur ce point des opinions diverses qu'il serait trop long d'énumérer, d'autant plus que j'en ai déjà examiné plusieurs. Je dirai seulement que, d'après les recherches de MM. Martins, Legendre et Cazenave, la moyenne de cet intervalle est d'environ cinq ans. Suivant ces auteurs aussi, les syphilides surviennent plutôt après les chancres qu'après tout autre accident primitif; mais nous savons que l'on a nié la possibilité de l'infection syphilitique après une simple blennorrhagie, et c'est un point sur lequel je n'ai pas à revenir. J'ajouterai seulement que M. Leudet (1), d'après les faits qu'il a attentivement observés, a adopté l'opinion de M. Ricord. Du reste, la durée de cette incubation est très variable, puisqu'elle a oscillé entre un mois et plus de trente ans. Toutefois il faut ajouter qu'il est assez rare que cette durée soit au-dessous d'un an, très rare qu'elle soit au-dessus de trente, et que généralement elle ne dépasse pas dix ans, et encore les cas de très longue durée ne sont-ils pas à l'abri de toute objection.

M. le docteur Reverchon (2), dans ses recherches à l'hôpital Saint-Louis, a trouvé, comme MM. Cazenave, Legendre et Martins, que les syphilides sont moins fréquentes après le traitement mercuriel des accidents primitifs qu'à la suite d'une simple médication antiphlogistique.

De ce que les syphilides se développent ordinairement dans les dix ans qui suivent l'apparition des symptômes primitifs, on peut conclure qu'elles se montrent le plus souvent de vingt à quarante ans, car c'est de dix-huit à trente ans que l'on contracte ordinairement la syphilis. Hors de là, on ne peut accorder aucune in-

(1) *Loc. cit.*, p. 289.
(2) *De l'étiologie des syphilides*, thèse. Paris, 1848.

fluence à l'*âge*. Dans la première enfance, la syphilide peut se montrer; elle est alors souvent *héréditaire*. Il n'y a aucune différence sous le rapport des *sexes*.

Si l'on s'en rapporte aux faits rassemblés par M. Cazenave, on doit admettre que le *froid* a une action marquée sur la production des syphilides; mais tout en faisant remarquer que le relevé de ces faits concorde avec l'opinion générale, l'auteur convient que le nombre des observations ne permet pas de conclure définitivement.

Nous n'avons pas de données suffisantes relativement à l'action du *tempérament* et des *professions*. Suivant M. Cazenave, les *conditions hygiéniques* mauvaises ont de l'influence sur le développement des syphilides; mais nous manquons, à cet égard, de la preuve fournie par les faits.

M. Leudet (1), en étudiant ses observations, est arrivé à ces deux résultats importants : « 1° Un même malade peut être atteint plusieurs fois de syphilides; 2° ces éruptions affectent en général de plus en plus profondément l'élément cutané. » Pour compléter cette dernière proposition, je dois ajouter, toujours d'après M. Leudet, que les syphilides qui se montrent le plus longtemps après les accidents primitifs sont les plus profondes, en sorte que la profondeur à laquelle pénètre l'altération du derme est un élément utile pour juger de l'ancienneté de la maladie, et que telles ou telles formes de syphilides appartiennent plus particulièrement aux syphilis récentes ou anciennes.

Quant aux *causes occasionnelles*, voici comment s'exprime sur ce point M. Cazenave : « Il ne suffit pas, dit-il, pour que l'éruption se manifeste, que la syphilis existe, il faut encore que son apparition soit le résultat accidentel d'un élément morbide non spécial, capable de déterminer un trouble quelconque, trouble qui est suivi de l'apparition du symptôme consécutif : c'est la cause occasionnelle du développement des syphilides. Cette cause peut varier d'ailleurs à l'infini; elle peut être une émotion morale vive, une affection non vénérienne, un coup, une plaie, un excès de boisson, une fatigue excessive, un bain de vapeur, l'application d'un vésicatoire. J'ai vu une syphilide déterminée par l'usage de la médecine Leroy. Il est vrai que, dans la plupart des cas, il est difficile de saisir dans les souvenirs du malade cette cause souvent peu appréciable, qui a pu passer inaperçue; cependant je n'hésite pas à penser que presque toujours elle existe, et qu'elle joue un grand rôle dans le développement des syphilides. »

Comme on le voit, il existe encore bien des doutes sur ces causes. J'ajoute que les syphilides peuvent être non-seulement héréditaires, ainsi que je l'ai dit plus haut, mais encore *congénitales*.

§ V. — Traitement.

Il est évident que le traitement des syphilides doit être celui de la syphilis elle-même, dont elles ne sont qu'une manifestation. Aussi me contenterai-je d'indiquer quelques préparations que je n'ai pas encore mentionnées, et qui, d'après l'expérience des auteurs qui se sont particulièrement occupés des syphilides, sont d'une administration sûre et commode.

(1) *Archives générales de médecine*, loc. cit., p. 290.

Mercuriaux. — M. Cazenave administre le *deutochlorure de mercure* sous la rme suivante :

Sirop sudorifique de Larrey.	500 gram.	Deutochlorure de mercure..	àà 0,25 gram.
Chlorhydrate d'ammon.....	0,25 gram.	Extrait aqueux d'opium....	

Mêlez.

C'est le *sirop de Larrey additionné* qu'on donne à la *dose d'une cuillerée à uche*, matin et soir, et que j'ai toujours pu donner sans inconvénient à la dose trois cuillerées à bouche par jour chez les adultes robustes.

Le *mercure soluble de Hahnemann* est encore une préparation préconisée : Il est, dit M. Cazenave, toléré par les individus faibles et délicats. » On le donne omme il suit :

℞	Mercure soluble de Hahnemann (protonitrate ammoniacal mercuriel).	2 gram.
	Thridace..	2 gram.

Faites quarante pilules. Dose : une matin et soir. On peut élever cette dose jusqu'à quatre ilules.

Je signalerai encore le *proto-iodure de mercure*, les *pilules de Sédillot*, la iqueur de Van Swieten.

M. Ricord (1) prescrit les pilules suivantes :

℞ Proto-iodure de mercure	àà 3 gram.	Extrait d'opium..............	1 gram.
Extrait de thridace....		Extrait de ciguë.............	6 gram.

Mêlez. Pour soixante pilules. Dose : d'abord une, puis deux, trois et quatre par jour.

On ne saurait accorder aux *acides*, aux préparations d'*or* et d'*argent*, une confiance assez grande pour les préférer aux mercuriaux ; je me contente donc de les indiquer.

Sudorifiques. — Je ne m'étendrai pas davantage sur les sudorifiques, bien qu'on ne puisse nier leur utilité. Je ne crois pas, en effet, qu'il soit prudent de s'en tenir aux simples sudorifiques ; il ne faut les considérer que comme des adjuvants précieux. Quant à leur administration, je n'ai rien de particulier à en dire.

L'*iodure de fer*, et surtout l'*iodure de potassium*, si précieux dans le traitement de tant d'accidents syphilitiques consécutifs, paraissent très inférieurs au mercure, lorsqu'il s'agit des maladies cutanées syphilitiques ; c'est pourquoi je me borne à les mentionner.

A ces divers modes de traitement il faut nécessairement associer les soins hygiéniques. Un *régime doux*, des *bains* simples, alcalins, de vapeur, pour les individus robustes ; les *toniques*, une *alimentation* riche, éviter le froid et l'humidité, pour les sujets cachectiques, telles sont en quelques mots les précautions à prendre. Les autres moyens que je pourrais mentionner ne sont que des adjuvants que chacun trouvera facilement.

« Il y a cependant, dit M. Cazenave, un mode de traitement d'une grande effi-

(1) Voy. Leudet, *loc. cit.*, p. 300.

cacité, à l'aide duquel j'ai vu plusieurs fois obtenir des modifications profondes, des guérisons durables, dans des cas où les symptômes les plus graves, les ulcérations les plus invétérées, avaient résisté à une foule de moyens. Je veux parler de l'*extrait aqueux d'opium*, moyen précieux, même dans les cas de cachexie profonde. *On l'administre à la dose de* 0,025 *grammes d'abord, puis on augmente progressivement de* 0,025 *grammes jusqu'à* 0,15 *et* 0,20 *grammes par jour.*

» Quant aux *syphilides qui attaquent les enfants* non sevrés, elles réclament, dit le même auteur, le *traitement de la nourrice*, traitement qui est exactement le même que celui que je viens d'indiquer pour les *femmes enceintes* (mercure de Hahnemann, sirop de Larrey, proto-iodure de mercure). On a plusieurs fois aussi *remplacé le lait de la nourrice par celui d'une chèvre*, à laquelle *on faisait alternativement à la partie interne des cuisses des frictions avec un mélange d'onguent napolitain et de camphre.*

» En général, je ne me contente pas, dans ce cas, du traitement fait à la nourrice ; je l'aide ordinairement par des *moyens employés directement chez l'enfant.* Ainsi, *chez un enfant tout jeune*, je fais faire *tous les jours des frictions sur les gencives et la langue avec* 12 *milligrammes de calomel incorporé dans du miel.* J'ai plusieurs fois remplacé le calomel par 4 *ou* 6 *milligrammes de proto-iodure de mercure administré de la même manière.*

» Cette méthode, dont j'ai obtenu de bons effets, me semble utile dans la *syphilis congénitale;* elle est indispensable dans la *syphilis héréditaire* (1).

» Chez les *enfants plus âgés*, d'un peu plus d'un an, par exemple, j'ai donné plusieurs fois le *sirop de Portal* à la dose d'*une cuillerée à café* d'abord, puis de *deux, dans les vingt-quatre heures.* J'en ai obtenu de bons résultats.

» Voici la formule de ce sirop :

℞ Racine de gentiane......	15 gram.	Cresson de fontaine.......	ãã Q. s.
de garance.....	ãã 8 gram.	Cochléaria...............	
Quinquina............		Sublimé corrosif...........	0,10 gram.
Racine de raifort sauvage.	15 gram.		

On fait bouillir les racines avec le quinquina dans 1000 grammes d'eau réduits de moitié; on passe la décoction. On ajoute 750 grammes de sucre. On fait cuire à consistance de sirop; on passe.

D'une autre part, on pile dans un mortier les feuilles de cresson, de cochléaria, et les racines de raifort; on exprime pour avoir 190 grammes de suc que l'on filtre à froid. On ajoute 350 grammes de sucre; on chauffe au bain-marie; on passe et l'on ajoute ce sirop à l'autre.

Enfin on fait dissoudre le deutochlorure de mercure dans environ 4 grammes d'alcool, et on le mêle exactement au sirop.

Restent maintenant quelques médications empiriques, auxquelles on peut avoir recours dans les cas rebelles, et que M. Cazenave mentionne, ainsi qu'il suit : « Enfin, c'est surtout alors qu'elles sont compliquées depuis longtemps de symptômes concomitants graves, que les syphilides résistent quelquefois aux divers traitements mercuriels, à la plupart des moyens qui composent une thérapeutique

(1) Nous avons vu plus haut que M. Cullerier a constaté également l'insuffisance du traitement par la nourrice.

onnelle. C'est dans ces circonstances que le malade est conduit à cet état si ve de cachexie syphilitique. C'est alors que, si les sudorifiques, l'iodure de fer, isane de Feltz n'ont amené aucune modification, le mal semble être au-dessus ressources de l'art; mais c'est alors aussi que j'ai vu quelquefois réussir les micaux; c'est dans ces cas que j'ai vu employer, que j'ai employé moi-même tains moyens empiriques avec un succès inattendu. Je veux parler de la *tisane orifique d'Arnoud*, et surtout des *décoctions de Zittmann*, *de Pollini*. »

Quelquefois il faut recourir à des *moyens externes*. Voici comment agit M. Rid (1) : « Quand une plaie, résultat d'une croûte de syphilide profonde, se manistait sur le corps, on employait les moyens généraux mis en usage contre les ies, souvent les topiques suivants : *Vin aromatique*, *solution iodée* (2, 3, 4, 5 ur 100 d'eau, avec suffisante quantité d'*iodure de potassium*), *solution ferrée* u distillée, 200 grammes ; tartrate de fer et de potasse, 16 grammes).

» Enfin, le *traitement des macules* était achevé, soit par l'application d'*emplâtres Vigo cum mercurio*, soit par des *bains salés*, des *fumigations cinabrées*, ou *bains avec 20 à 30 grammes de sublimé*. »

Il me reste à présent à dire quelques mots des diverses espèces de syphilides en rticulier, pour compléter leur histoire.

2° DES SYPHILIDES EN PARTICULIER.

Je ne peux donner qu'une indication très rapide des diverses espèces de syphiles, en m'attachant à ce qui les distingue principalement des maladies cutanées dinaires auxquelles on peut les rapporter.

1° SYPHILIDE EXANTHÉMATIQUE.

a. *Roséole syphilitique*. — La roséole syphilitique a cela de remarquable que, ivant les recherches de M. Mac-Carthy, elle commence toujours par le tronc ; ie les taches, après avoir été rosées, deviennent bientôt grisâtres et brunâtres ; ie cette teinte est alors très légère, et qu'elle persiste quelquefois plusieurs ois.

La *marche* de cette roséole n'est jamais complétement aiguë.

La *durée*, dans les cas observés par M. Bassereau (2), n'a jamais été moindre de semaines, et a persisté dans certains cas jusqu'à cinq mois.

La roséole syphilitique, après avoir complétement disparu, peut dans certains s *récidiver*; « mais en général, dit M. Bassereau, la récidive ne survient que elques mois après la première apparition. Les causes qui peuvent la favoriser, nt : la suspension prématurée du traitement mercuriel avant la complète disrition des taches, et surtout avant l'entière résolution du chancre induré, l'emploi s moyens moins énergiques que le mercure, des fatigues excessives.

Elle se *termine* par résolution ou par délitescence. Cette dernière forme est rare : e peut reconnaître pour cause l'apparition d'un symptôme syphilitique nouveau d'une forme plus aiguë, certains moyens thérapeutiques; ou bien, comme . Bassereau en cite un exemple, une maladie intercurrente.

(1) Voyez Leudet, *loc. cit.*, p. 301.
(2) *Loc. cit.*

Ces signes, joints aux traces des accidents primitifs ou des *symptômes concomitants* dont il faut toujours tenir compte, et que M. Bassereau a indiqués avec soin, sont insuffisants pour faire reconnaître la spécificité de l'affection pour laquelle M. Gibert recommande les *bains alcalins* et les *fumigations de cinabre*, mais qui, suivant la plupart des auteurs, ne réclame aucun traitement particulier.

b. *Erythème syphilitique.* — L'érythème syphilitique est, d'après M. Bassereau (1), le symptôme le plus fréquent par lequel se traduit la syphilis constitutionnelle, en même temps qu'il est une des manifestations les plus précoces de cette maladie. Sous le nom d'*érythème syphilitique*, M. Bassereau comprend les deux variétés de syphilide exanthématique. L'éruption se développe le plus souvent d'une manière lente et progressive. Comme le remarque M. Mac-Carthy, elle commence toujours par le tronc; c'est ordinairement sur le ventre et les flancs, sur les parties latérales du thorax qu'on aperçoit les premières traces.

M. Bassereau (2) décrit ainsi son mode de formation.

« Les régions sus-indiquées commencent par se nuancer de petites taches roses, d'abord si peu apparentes, qu'il faut les examiner avec attention pour bien distinguer l'injection dont elles entourent chaque crypte. Cette vascularisation légère prend quelquefois, au contact de l'air, une teinte un peu violacée, et peut simuler, particulièrement sur les avant-bras et les cuisses, des marbrures vasculaires, bleuâtres, que le froid développe sur la peau de certains sujets. Ou bien la peau du ventre et des flancs prend un aspect grenu, une multitude de follicules forment de petites saillies légèrement injectées, analogues par la forme à ce qu'on nomme la chair de poule. Un accident qui survient également dans la majorité des cas, c'est l'engorgement des ganglions cervicaux et l'alopécie.

» Il est rare, ajoute le même auteur (3), que l'érythème syphilitique ne s'accompagne pas d'autres éruptions de même nature, soit sur les parties exemptes d'érythème, soit même parmi les taches érythémateuses. »

Cet auteur a trouvé que le crâne est la région où se montrent le plus souvent ces éruptions accessoires.

Ainsi sur 153 malades atteints d'érythème syphilitique :

Le *derme chevelu présentait une éruption pustuleuse avec croûtes*, 106 fois; il présentait un pityriasis 13 fois; quelques papules d'un rouge cuivré et légèrement squameux, 4 fois; érythème maculeux (roséole syphilitique), 2 fois; aucune éruption, 2 fois.

D'après Vidal (de Cassis) (4), l'affection débute habituellement sans fièvre; mais il est des cas où l'on observe des phénomènes fébriles. Suivant M. Bassereau, les malades sont souvent affectés de phénomènes morbides provenant de troubles du côté du système digestif, de courbature, enfin en général d'une foule de phénomènes qui précèdent habituellement les maladies, si ce n'est qu'il existe en outre des douleurs nocturnes dans le système osseux et articulaire.

Cet érythème, qui se présente sous la forme de petites plaques, est remarquable par sa persistance, par l'absence du prurit et de la desquamation, et par la teinte

(1) *Loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*
(3) *Loc. cit.*, p. 54.
(4) *Traité des maladies vénériennes*. Paris, 1853.

des taches, qui, après les premiers jours, deviennent légèrement brunâtres. Ces caractères, ainsi que le fait remarquer M. Mac-Carthy, suffisent pour faire distinguer l'érythème papuleux syphilitique des *papules produites par le copahu.* Rien de particulier pour le *traitement.*

2° SYPHILIDE VÉSICULEUSE.

Les vésicules syphilitiques, dit M. Bassereau, qui en a observé douze cas, ont une marche essentiellement chronique, mais elles ne restent jamais longtemps à l'état vésiculeux proprement dit. La période squameuse qui succède aux vésicules, l'engorgement rouge cuivré, et quelquefois papuleux, qui leur servait de base, ont toujours, au contraire, une longue durée.

Jamais ce médecin n'a vu la syphilide vésiculeuse exister seule; toujours elle était mélangée de pustules ou de papules, sèches ou humides. De plus, il venait s'y joindre, dans la plupart des cas, des symptômes syphilitiques, tels que douleurs ostéocopes, mal de gorge, etc.

Jamais non plus il n'a vu cette syphilide succéder à une autre : elle a été dans tous les cas le premier symptôme constitutionnel consécutif aux accidents contagieux; elle s'est développée entre un mois et six mois après la contagion, pas avant ni après.

Je vais en décrire les principales espèces :

a. *Eczéma syphilitique.* — L'eczéma syphilitique diffère de l'eczéma ordinaire par sa teinte d'abord d'un rouge peu vif, par la couleur cuivrée des auréoles, par la grosseur plus grande des vésicules, par leur durée plus longue, et par la teinte noire des croûtes, surtout lorsqu'il existe un *eczéma impétigineux syphilitique.* Rien de spécial encore pour le *traitement.*

b. *Herpès syphilitique.* — Comme l'herpès ordinaire, l'herpès syphilitique est caractérisé par des vésicules; mais dans une variété décrite par M. Cazenave, et qui est la plus importante, car, suivant cet auteur, elle est la plus fréquente des syphilides vésiculeuses, ces vésicules sont si petites, qu'il faut un examen attentif pour les reconnaître.

L'herpès syphilitique se présente sous la forme de disques qui tantôt ont l'étendue d'une pièce de 50 centimes à 1 franc, et tantôt sont beaucoup plus petits. C'est surtout dans la variété que je viens de mentionner qu'on remarque cette petite étendue. Dans cette variété aussi, les vésicules se voient à la circonférence, tandis que le centre est occupé par une squame épaisse et adhérente. Les disques sont souvent très nombreux, surtout sur les membres et à la partie antérieure de la poitrine.

Un des caractères principaux de l'herpès syphilitique, comme de toutes les autres syphilides, est la teinte d'abord cuivrée, puis grisâtre, qui accompagne et suit la plaque vésiculeuse.

On n'a, du reste, recommandé aucun traitement particulier contre cette espèce de syphilide.

c. *Varicelle syphilitique.* — La varicelle syphilitique présente d'abord un caractère particulier : c'est qu'elle s'annonce, comme la varicelle ordinaire, par un léger mouvement fébrile, tandis que les autres espèces débutent presque toujours sans

symptômes aigus. Mais le caractère chronique de l'affection ne tarde pas à se manifester, car l'éruption marche avec une lenteur telle, qu'on voit les vésicules se succéder à des intervalles plus ou moins longs, et persister sans modifications pendant plus d'une semaine.

Du reste, nous trouvons dans cette varicelle la tache rouge qui précède le développement des vésicules, lesquelles occupent bientôt toute l'étendue de la tache, et finissent par se remplir d'un liquide purulent, et par être entourées d'une auréole cuivrée.

3° SYPHILIDE BULLEUSE.

Je ne reviendrai pas ici sur ce que j'ai dit du *pemphigus des nouveau-nés*, qui, ainsi que je l'ai fait remarquer, est tantôt syphilitique, et tantôt non syphilitique. Je ne m'occuperai que du rupia.

Rupia syphilitique. — Le rupia syphilitique ne diffère pas très sensiblement du rupia ordinaire. Voici, en effet, les caractères diagnostiques indiqués par M. Cazenave. La croûte qui succède à la bulle est plus noire et plus dure; elle est entourée d'une auréole cuivrée, signe commun des syphilides; l'ulcère qu'elle recouvre est profond, grisâtre, ses bords sont durs et taillés à pic.

On voit que, dans cette syphilide plus que dans toute autre, on doit tenir compte des antécédents du malade et des symptômes syphilitiques concomitants qu'il peut présenter.

Traitement. — Le traitement local seul mérite que nous en disions quelques mots, et encore, comme on va le voir, n'a-t-il rien de bien spécial. On recommande, lorsque la constitution est débilitée, et surtout lorsqu'il s'agit d'un vieillard, de panser les ulcères avec le *vin aromatique* ou la *pommade au calomel*, de les toucher avec le *nitrate d'argent*, avec le *nitrate acide de mercure*, ou un autre caustique. Or, dans le rupia ordinaire, ces moyens trouvent souvent aussi leur application.

4° SYPHILIDE PUSTULEUSE.

La *syphilide pustuleuse* offre certains caractères généraux qui ont été décrits par M. Bassereau, et que je crois devoir faire connaître avant de passer à la description des espèces.

Les malades ayant suivi un traitement pendant le cours des accidents primitifs ont vu les pustules apparaître du premier au sixième mois après la contagion; dans les circonstances opposées, la syphilide s'est manifestée plus tardivement en général; dans la moitié des cas, en effet, elle est survenue du neuvième mois à quatre ans après la contagion.

Les chancres qui ont amené l'infection ont été, 71 fois sur 72, profonds, souvent phagédéniques. M. Bassereau considérant que dans les cas de syphilide exanthématique, les symptômes primitifs ont été légers, a été conduit à considérer comme une loi la proposition suivante : « Après les chancres indurés bénins surviennent les éruptions syphilitiques bénignes, et les affections des divers tissus sans tendance à la suppuration; après les chancres indurés phagédéniques surviennent les syphilides pustuleuses graves, les affections ulcéreuses de la peau plus tardives, les exostoses suppurées, les nécroses et les caries. »

Les pustules syphilitiques sont sujettes à récidiver, et même plusieurs fois.

a. *Acné syphilitique.* — Je ne mentionnerai que ce qui caractérise particulièrement cette espèce d'affection syphilitique, à laquelle M. Cazenave (1) donne le nom de *syphilide lenticulaire.* D'abord, son *siége :* on la remarque principalement au cuir chevelu, au visage et aux membres inférieurs. Il faut surtout noter cette prédilection de l'acné syphilitique pour les membres inférieurs, car nous savons que l'acné ordinaire n'occupe presque jamais que la partie supérieure du corps. L'existence des pustules dans le cuir chevelu doit aussi fixer l'attention du médecin.

Voici maintenant quels sont les caractères distinctifs de cette éruption spécifique. Elle présente des pustules plus nombreuses, plus confluentes que l'acné ordinaire. La peau n'est pas huileuse comme dans celle-ci, mais sèche et flétrie; il n'y a ni tannes, ni auréole érythémateuse, ni ulcération. Les cicatricules ne sont pas oblongues, plissées, saillantes, comme dans l'acné non spécifique, mais bien arrondies et déprimées.

D'après M. Bassereau, c'est une des formes les moins fréquentes de la syphilide pustuleuse. Cet auteur a constaté que la fréquence de l'acné est à celle de l'impétigo comme 1 : 2, et à celle de l'ecthyma comme 1 : 4.

Traitement. — On a conseillé, tout en employant, bien entendu, le traitement mercuriel à l'intérieur, de combattre l'acné par les *bains de vapeur*, les *bains sulfureux*, les *bains alcalins*, les *fumigations cinabrées.* C'est au médecin à juger de l'opportunité de ces moyens qui, à l'exception des fumigations cinabrées, ne sont que de simples adjuvants.

b. *Impétigo syphilitique.* — L'impétigo syphilitique a été divisé en deux variétés, suivant qu'il est confluent ou non confluent. Le second s'accompagne de symptômes généraux beaucoup moins intenses; le premier est remarquable par la formation de croûtes verdâtres qui recouvrent des ulcérations, et sont entourées d'une auréole cuivrée. Cette variété a reçu le nom de *syphilide pustulo-crustacée.*

Dans les deux variétés, la marche lente de la maladie est digne de remarque, mais surtout dans la variété non confluente, qui présente des pustules intactes et isolées, se succédant lentement et durant longtemps. On observe parfois un autre caractère de ces pustules qui se dessèchent sur place et ont une auréole cuivrée; c'est, après la dessiccation des pustules, l'existence de petites cicatrices.

c. *Ecthyma syphilitique.* — Il est surtout essentiel de connaître les particularités qui distinguent l'ecthyma syphilitique, parce que cette espèce présente, sous le rapport du diagnostic, des difficultés souvent fort grandes, et qu'une erreur serait très fâcheuse pour le malade. C'est ce qui m'engage à transcrire le passage suivant de M. Cazenave; on y trouvera tout ce qu'il importe réellement de savoir relativement à l'ecthyma syphilitique : « Lorsque, dit-il, il est constitué par des pustules larges, ovalaires, il offre quelque ressemblance avec l'ecthyma simple, et surtout avec l'*ecthyma cachecticum*, qui, comme lui, peut laisser des cicatrices. Mais l'ecthyma simple occupe presque exclusivement les membres inférieurs; il est, moins fréquemment que l'ecthyma syphilitique, répandu sur les autres points du

(1) *Loc. cit.*, p. 218.

corps, et plus rarement encore sur le visage. Rare dans la jeunesse, il se manifeste de préférence au déclin de l'âge, chez les individus dont la constitution est détériorée. On a vu, au contraire, d'après les relevés que j'ai présentés plus haut, que, comme pour la plupart des syphilides, c'est plutôt à l'âge adulte que se développe l'ecthyma syphilitique. En général, il n'y a pas, comme dans le dernier, des séries considérables de pustules phlyzaciées. Si les pustules de l'*ecthyma cachecticum* sont plus nombreuses ; si, développées par groupes, elles se confondent pour donner lieu à des ulcérations, celles-ci restent superficielles, la peau qui les entoure ne présente pas de couleur terreuse et flétrie, comme dans la syphilis ; les cicatrices qui leur succèdent, beaucoup plus irrégulières, ne sont pas rondes, déprimées, profondes, comme celles de l'ecthyma syphilitique.

D'après M. Bassereau, l'ecthyma vulgaire se distingue de l'ecthyma syphilitique par l'inflammation et la douleur qui accompagnent les pustules, et surtout par l'absence d'une disposition en vertu de laquelle l'ecthyma syphilitique s'élargit longtemps après l'ulcération de sa base, après que la croûte a commencé à se former. Cependant l'*ecthyma cachecticum* présente à peu près ces caractères ; mais, dans ce cas, l'auréole est plutôt violette que cuivrée, et l'on n'observe pas les autres caractères de la syphilis.

« Il y a une autre forme de l'ecthyma syphilitique, caractérisée par des pustules plus nombreuses, beaucoup plus petites, disséminées sur de grandes surfaces, et qui, lorsqu'elles se manifestent chez un individu jeune, vigoureux, en a imposé pendant quelques jours pour une maladie bien opposée, pour la variole. L'erreur, d'ailleurs ne pourrait pas être longue, et si le mouvement fébrile plus considérable, les symptômes généraux plus graves, l'éruption plus rapide de la fièvre exanthématique, ne suffisaient pas pour la distinguer, dans les premiers moments, de l'ecthyma, toujours moins étendu, moins prompt dans sa marche, et qui, à la rigueur, ne pourrait être confondu qu'avec une variole peu intense, le doute cesserait bientôt devant l'éruption faite. »

Traitement. — Relativement au traitement, je n'ai rien de particulier à mentionner, si ce n'est l'emploi de deux pommades conseillées par M. Gibert. Ce médecin, lorsqu'il a à traiter des *enfants*, fait panser les ulcérations avec la pommade suivante :

℞ Cérat opiacé............. 30 gram. | Oxychlorure ammon. de mercure. 2 gram.
Mêlez.

Chez les adultes, il met en usage le *proto-iodure de mercure*, ainsi qu'il suit :

℞ Axonge................ 30 gram. | Proto-iodure de mercure. de 1 à 2 gram.
Mêlez. Pour pansements.

On voit que ce traitement n'a rien de bien spécial.

5° SYPHILIDE TUBERCULEUSE.

L'époque d'apparition de la syphilide tuberculeuse après la contagion a été notée par M. Bassereau dans cinquante-quatre cas. Elle a varié de onze mois à quarante ans. Je vais décrire ses diverses espèces.

a. *Syphilide tuberculeuse en groupes.* — La syphilide tuberculeuse en groupes e divise en deux variétés. Dans la première, les tubercules, gros comme un pois, nt un sommet grisâtre recouvert d'une petite squame sèche et grisâtre. Ces tuber-ules ne s'ulcèrent jamais et ne laissent pas de cicatrices : « Ils sont, dit M. Caze-ave, disposés en cercles, les uns à côté des autres, de manière à constituer des ords saillants interrompus autant de fois qu'il y a des tubercules, et un centre ain, à la teinte syphilitique près, qui est toujours fortement marquée. Il en résulte n disque souvent très exactement arrondi, d'un diamètre variable, suivant le nombre des tubercules qui en composent la circonférence, tout à fait spécial par l'arrangement des tubercules, et par la teinte générale de la plaque, teinte qui résulte de la coloration particulière, et des tubercules, et des petits intervalles qui les séparent, et du centre lui-même (1). »

Le *siége* de prédilection de cette variété est le cou, le front, les membres infé-rieurs. La seconde variété diffère de la précédente en ce que les tubercules, gros seulement comme une tête d'épingle, ressemblent à de petites papules brillantes et d'un rouge cuivré remarquable. Il arrive quelquefois que plusieurs de ces tuber-cules se réunissent, s'enflamment, et forment une ulcération profonde.

b. *Syphilide tuberculeuse disséminée.* — Il est une seconde espèce de syphilide tuberculeuse dans laquelle les tubercules, ayant toujours la teinte cuivrée, sont beaucoup plus gros, plus saillants, arrondis ou ovalaires, et ont une base large et dure. Bien qu'ils se montrent sur toutes les parties du corps, ils affectent de préfé-rence les membres et la face.

Lorsque les tubercules sont petits et ne s'enflamment pas, ils ne laissent pas de traces; mais les gros tubercules laissent parfois après eux une cicatrice qui a toute l'étendue de leur base, et qui résulte d'une absorption morbide des tissus dégé-nérés.

c. *Syphilide tuberculeuse perforante.* — Parfois la syphilide tuberculeuse prend un caractère plus grave. Elle détermine, en effet, des ulcérations qui détruisent très rapidement les tissus : cette espèce a reçu le nom de *syphilide tuberculeuse perforante.* Les tubercules sont peu nombreux, mais volumineux ; leur aspect a de l'analogie avec celui de la framboise. Lorsqu'on examine leur base, on voit que le derme est assez profondément envahi.

Il est rare que ces tubercules ne s'ulcèrent pas au bout d'un temps plus ou moins considérable ; le point par lequel ils commencent a s'ulcérer varie dans les diffé-rents cas ; mais il est une forme d'ulcération que M. Legendre a décrite dans son excellente *Thèse sur les syphilides*, et qui mérite d'être indiquée. Dans cette forme la destruction commence par l'intérieur; alors le tubercule ne forme plus qu'une coque qui peut s'affaisser, et, les parois se recollant, on voit disparaître les traces de la maladie.

La *marche* de cette affection offre quelques caractères qu'il importe de connaître. Les tubercules restent ordinairement stationnaires pendant un certain temps, au bout duquel ils présentent des signes d'inflammation, et s'ulcèrent quelquefois après avoir grossi considérablement. D'autres fois ils s'affaissent comme s'ils allaient disparaître ; mais plus tard, sous l'influence de causes variables, ils reprennent un

(1) Cazenave, *loc. cit.*, p. 329.

nouvel accroissement, et arrivent à la suppuration. L'ulcère qui résulte de cette syphilide est de nature rongeante, et comme l'affection occupe ordinairement le nez, les lèvres ou les pavillons de l'oreille, ces organes sont souvent détruits en grande partie.

Les *tubercules syphilitiques secs* se terminent fréquemment, suivant M. Bazereau, par résolution. Ils s'affaissent, leur surface devient squameuse, et après leur résolution complète, il reste quelquefois des dépressions sombres, cuivrées, qui finissent ensuite par blanchir et par ressembler parfois au tissu cicatriciel.

d. *Syphilide tuberculeuse serpigineuse.* — Une autre forme de syphilide tuberculeuse est celle à laquelle on a donné le nom de *serpigineuse*, parce qu'elle détruit les tissus en surface et en rampant. Les tubercules sont ordinairement volumineux, mais leur base ne pénètre pas profondément dans le derme. Au bout d'un temps plus ou moins long, leur sommet s'ulcère; ils présentent ensuite une croûte noire, épaisse, conique, ressemblant à une écaille d'huître, et au-dessous d'elle une ulcération livide, saignante, baignée d'un pus fétide. C'est par la formation de nouveaux tubercules et de nouvelles ulcérations que la maladie s'étend en surface, en prenant des formes très variées; et comme les tubercules se succèdent constamment, les uns se formant, les autres s'ulcérant, et les autres complétement cicatrisés, il en résulte une difformité très grande des surfaces envahies.

La syphilide serpigineuse laisse après elle des cicatrices irrégulières; elle peut occuper toutes les parties du corps, et quelquefois elle en couvre une très grande étendue. Elle se montre souvent sur le cuir chevelu, sur le front, sur les tempes, sur la partie antérieure du tronc, à la face; elle détruit fréquemment les ailes du nez, les lèvres, les paupières.

De toutes les syphilides, la plus grave est sans contredit la syphilide serpigineuse. Dans quelques cas, en effet, quelle que soit l'énergie du traitement, elle détermine la mort, et toujours elle laisse des traces indélébiles.

Le *traitement* de la syphilide tuberculeuse ne présente rien de spécial, sauf le pansement des ulcères, dans lequel on emploie les *pommades mercurielles*, les *lotions excitantes* et les *cautérisations légères*, mais c'est sur le traitement antisyphilitique qu'il faut principalement insister; et si, comme on en a vu des exemples, le traitement ordinaire ne réussissait pas, on ne devrait pas hésiter à employer les moyens empiriques indiqués plus haut, c'est-à-dire la décoction de Zittman, celle de Pollini, la liqueur de Fowler, la diète arabique, etc.

6° SYPHILIDE PAPULEUSE.

La syphilide papuleuse a été aussi décrite sous le nom de *lichen syphilitique*; c'est une de celles qui présentent quelquefois avant l'éruption un léger mouvement fébrile. Les papules sont tantôt confluentes et tantôt discrètes : dans le premier cas, elles sont très petites; dans le second, elles varient du volume d'un grain de chènevis à celui d'une lentille. Elles sont remarquables par leur teinte cuivrée et se recouvrent de squames minces qui se renouvellent plusieurs fois.

Quelquefois les papules isolées deviennent plus grosses encore, et simulent des tubercules; d'autres fois, au contraire, elles s'effacent de manière qu'il ne reste plus que la squame.

La *syphilide papuleuse confluente* occupe de préférence la face et le cou; la syphilide papuleuse discrète se montre principalement aux membres, dans le sens de l'extension : toutes les deux ont une marche très chronique.

La syphilide papuleuse se *termine* toujours, d'après M. Bassereau, *par résolution*. On voit les papules s'effacer lentement et laisser après elles des taches grisâtres, jaunes ou cuivrées, et pigmenteuses. Mais un fait digne de remarque, c'est qu'aux papules succèdent quelquefois des dépressions, quoiqu'il n'ait existé aucune suppuration. Les papules à forme conique sont suivies plus fréquemment que les papules lenticulaires de cette absorption de tissus constituant une dépression de la largeur d'une tête d'épingle. Du reste, ces petites cicatrices s'effacent après quelques mois.

Il est facile de confondre la syphilide papuleuse avec le *lichen* ordinaire. Les deux principaux signes qui servent à les distinguer sont la teinte cuivrée, et l'absence du prurit, qui est quelquefois si intense dans le lichen ordinaire.

Du reste, rien de spécial relativement au traitement.

7° SYPHILIDE SQUAMEUSE.

La syphilide squameuse se divise en deux formes dont je vais dire quelques mots : ce sont le *psoriasis syphilitique* et la *syphilide squameuse cornée*.

a. *Psoriasis syphilitique*. — Il n'est que deux points sur lesquels le psoriasis syphilitique diffère du psoriasis non syphilitique que nous avons décrit plus haut. Ce sont : 1° la moins grande adhérence des squames, et 2° la couleur cuivrée ou brune des plaques.

Une particularité qu'il ne faut pas oublier, c'est que le psoriasis syphilitique se présente presque constamment sous la forme du *psoriasis guttata*.

On sent, d'après cela, que le diagnostic serait parfois assez difficile si l'on ne consultait les antécédents, et si l'on ne recherchait les symptômes concomitants, ce que, je ne saurais trop le répéter, on ne doit jamais négliger quand il s'agit des maladies de la peau.

Le psoriasis syphilitique présente, d'après M. Bassereau, quatre caractères distinctifs : 1° les squames reposent sur un fond d'un rouge cuivré; 2° les plaques ont des bords plus élevés que leur centre; 3° après la résolution de ces plaques sèches, squameuses, il reste de légères cicatrices; 4° le psoriasis syphilitique est ordinairement accompagné d'autres éruptions syphilitiques.

b. *Syphilide squameuse cornée*. — Cette variété de syphilide se distingue par des squames épaisses, un peu saillantes, dures, grisâtres, siégeant sur des plaques tantôt isolées et tantôt confluentes. Dans le premier cas, les squames ressemblent à un fragment de corne enfoncé dans le derme; dans le second, il se forme une couche cornée, qui se fendille et présente ainsi des fissures souvent très douloureuses. Une auréole de teinte cuivrée entoure les squames.

La syphilide cornée, comme le psoriasis syphilitique, a pour siége de prédilection la plante des pieds et la paume des mains. Elles ne déterminent de démangeaisons ni l'une ni l'autre.

C'est encore au traitement interne précédemment indiqué qu'il faut demander la guérison de la syphilide squameuse.

8° SYPHILIDE MACULÉE, OU TACHES SYPHILITIQUES.

M. Cazenave a rangé cette espèce parmi les symptômes concomitants; mais à la rigueur, il est permis de la conserver. Elle consiste uniquement en simples taches brunâtres, isolées, ayant l'étendue d'environ une pièce de 5 francs, ne disparaissant pas sous la pression, non prurigineuses. Elles occupent principalement le tronc, la partie antérieure du cou et les membres inférieurs.

Ces taches accompagnent toujours une autre espèce de syphilide, et c'est pour cette raison que M. Cazenave en a fait un simple symptôme concomitant.

Telle est la description abrégée des syphilides. J'ai dû nécessairement supprimer un grand nombre de détails intéressants, et, sous ce rapport, je dois renvoyer à l'excellent ouvrage de M. Cazenave et à celui de M. Bassereau, où l'on est forcé de prendre presque toute la description de ces maladies importantes à connaître.

Dois-je maintenant faire l'histoire des symptômes concomitants ? Je ne le pense pas. D'une part, en effet, j'aurais à renvoyer très fréquemment à la description de maladies dont j'ai déjà traité; par exemple : à l'angine ulcéreuse, au coryza ulcéreux ou ozène syphilitique, etc. ; et, de l'autre, beaucoup d'affections, comme les ophthalmies, les végétations, les tumeurs, etc., concernent particulièrement la chirurgie. Tout ce que je dois ajouter ici, c'est que ces symptômes concomitants ont une très grande valeur, et qu'ils éclairent le diagnostic des syphilides, comme celles-ci éclairent le leur.

Comme nous ne pouvons par faire ici un traité complet de syphilographie, nous renvoyons à d'autres articles où il est question de quelques manifestations importantes de la syphilis, et notamment aux articles *Pharyngite ulcéreuse* et *Laryngite syphilitique.*

VII° SECTION. — SYPHILIS DES VISCÈRES.

[Comme nous ne faisons pas ici un traité complet de la syphilis et que notre intention n'a jamais été que d'exposer les faits pratiques, mais non les faits de simple curiosité, nous n'indiquerons que très brièvement les altérations que la syphilis peut produire dans les viscères.

Nous ne parlerons pas des tumeurs gommeuses des os, que tout le monde connaît. Mais il est incontestable qu'on a observé des tumeurs gommeuses de l'intérieur du crâne, des tumeurs fibreuses d'origine syphilitique.

Possède-t-on des faits authentiques d'affections syphilitiques des poumons? M. Depaul a signalé chez les enfants des indurations constituées par du pus infiltré, et, d'autre part, de véritables abcès qu'il rapporte avec raison à la syphilis, puisqu'il existait en même temps d'autres signes de cette maladie.

M. P. Dubois (1) a indiqué aussi des altérations de même apparence du thymus, et qui semblaient reconnaître la syphilis pour cause.

M. Gubler (2) a noté aussi chez les enfants syphilitiques un état d'induration

(1) *Gazette méd*, 1850, p. 392, et *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1851, t. XVI, p. 936.
(2) *Gazette médicale*, 1852.

avec hypertrophie du foie et infiltration plastique de ce viscère ; le tissu est dur, criant sous le scalpel, et il rebondit sur les surfaces dures comme un corps élastique. On peut soupçonner l'existence de cette affection, quand il y a des dérangements des voies digestives, un état de chloro-anémie, augmentation du volume du foie, des symptômes de péritonite, et des signes commémoratifs ou actuels de syphilis héréditaire.

Personne n'ignore que Corvisart rapportait certaines altérations du cœur (végétations) à une cause vénérienne.

Ces faits intéressants ne sont encore, à notre avis, que les matériaux d'une histoire de la syphilis des viscères ; l'histoire dogmatique de ces formes de la syphilis n'est pas encore faite ; aussi, comme il n'y a à en tirer aucune déduction pratique, nous n'y insistons pas. L'article suivant ajoutera d'ailleurs quelques notions nouvelles à ces considérations incomplètes.]

VIIIe SECTION. — APPARENCES DIVERSES, TRANSFORMATIONS, MÉTAMORPHOSES DE LA SYPHILIS.

[Depuis longtemps tous les médecins reconnaissent que la syphilis est une affection *protéiforme*, c'est-à-dire variable à l'infini dans son expression symptomatique ; et il était devenu *proverbial* de dire que, quand une maladie se présente avec une physionomie insolite, avec une marche inaccoutumée, et qu'elle résiste aux traitements ordinaires, il faut soupçonner une cause syphilitique. Mais aucun auteur n'avait eu, jusqu'à ce jour, la pensée d'étudier dans leur ensemble, de réunir et de grouper les apparences diverses que peut revêtir la syphilis. M. le docteur Prosper Yvaren (1) a comblé cette lacune. Dans l'intéressant ouvrage qu'il a publié, il expose ses recherches sur le diagnostic des maladies que la syphilis peut simuler et sur la syphilis à l'état latent. Une seule chose nous paraît un peu hasardée dans cet ouvrage, c'est son titre : *Des métamorphoses de la syphilis.* En effet, il n'y a pas lieu à dire qu'une maladie se métamorphose quand elle se manifeste sous des formes rares et insolites, tout en conservant au fond son unité, son identité ; on ne peut pas dire que la syphilis, se présentant sous la forme de névralgie, soit métamorphosée, puisqu'on ne le dit pas pour les fièvres intermittentes lorsqu'elles prennent la même apparence ; on dit de ces dernières qu'elles sont *larvées*, et cette expression suffit. On doit nommer *métamorphose* un changement d'état, sans retour possible à l'apparence première ; or, c'est ce qui n'a pas lieu pour les prétendues métamorphoses de la syphilis : des influences très variables, et surtout celle du traitement, font tout à coup éclater des phénomènes normaux de syphilis que l'on ne peut méconnaître ; la maladie a repris son premier état. Notre critique, comme on le voit, ne porte que sur le titre de l'ouvrage et non sur le fond, dans lequel on trouve d'importantes remarques pratiques.

Comme il nous est absolument impossible d'analyser un ouvrage aussi étendu et aussi rempli de faits que celui de M. Yvaren, nous nous bornerons à une énumération des faits qu'il rapporte. Selon lui, la syphilis peut simuler :

1° *Des maladies du système nerveux*, telles que : la céphalalgie et la céphalée,

(1) *Des métamorphoses de la syphilis*. Paris, 1854.

des névralgies oculo-sincipitale, occipito-frontale; le tic douloureux de la face, la sciatique et d'autres névralgies; l'épilepsie, le tétanos, la manie; la paralysie du nerf facial, l'amaurose; diverses affections du sens de l'ouïe; la paraplégie, la paralysie générale, le ramollissement cérébral, l'apoplexie; des fièvres intermittentes de divers types.

2° *Des maladies des organes membraneux :* le coryza, l'ophthalmie, la fistule lacrymale, la cataracte, la dysenterie, la gastralgie, l'hépatalgie et l'hypochondrie; la gastrite chronique et la phthisie pulmonaire; l'hydrocèle, l'orchite, le rhumatisme et la goutte; des tumeurs blanches; le *tabes dorsalis.*

3° *Des maladies des organes parenchymateux :* la phthisie pulmonaire et laryngée, l'asthme, l'œdème de la glotte; des anévrysmes; des maladies de foie; la néphrite albumineuse.

4° *Des maladies diathésiques :* le cancer des mamelles, de l'intestin, du rectum, de l'utérus, des testicules; un état gangréneux.

Comme on le voit, d'après cette énumération, il ne s'agit point de métamorphoses. Dans la plupart des cas, il est question d'altérations, d'engorgements syphilitiques, et, si nous osons ainsi dire, de dépôts de la maladie; lesquels, selon l'organe affecté, selon leur siége, leur forme, leur disposition, doivent faire naître nécessairement des symptômes analogues à ceux qui produisent des lésions anatomiques à peu près semblables, mais d'une autre origine. Or, il n'y a pas, pour cela, transformation de la syphilis; seulement, l'une de ses localisations peut être prise pour une maladie d'une autre nature; et il serait bien impossible qu'il en fût autrement, puisque l'organe affecté ne saurait exprimer les lésions analogues de deux maladies différentes, par des symptômes dissemblables. Ainsi, que le cerveau soit comprimé par une tumeur tuberculeuse ou par une gomme syphilitique, les symptômes seront exactement les mêmes; que le rectum soit rétréci par des végétations syphilitiques ou cancéreuses, les symptômes seront encore semblables. A notre sens, c'est tout au plus si l'on peut dire que la syphilis peut simuler telle maladie, parce qu'il serait aussi vrai de dire que telle maladie peut simuler telle localisation de la syphilis; c'est seulement la rareté relative de ces localisations qui peut justifier une semblable locution.

Ce qu'il nous semble réellement permis de dire, après l'examen de ces faits très bien observés et incontestables, c'est ce qui suit : dans le diagnostic d'une affection quelconque, n'oubliez pas que des lésions ou des symptômes analogues peuvent être produits par la syphilis.

D'ailleurs, et M. Yvaren le démontre lui-même, la syphilis s'est si peu métamorphosée, qu'il existe presque toujours, en même temps que l'accident qui semble anormal et qui fait douter, des symptômes présents, incontestables et facilement reconnaissables de la syphilis constitutionnelle.]

ARTICLE VII.

CANCER.

§ I. — Considérations générales.

[De toutes les maladies organiques, le cancer est la plus redoutée. C'est, suivant la tradition, une espèce de parasite qui s'implante dans les tissus et semble vivre

'une vie indépendante jusqu'au moment où il meurt, entraînant dans sa chute 'organisme qui le supporte. Le mot de *cancer* appelle les idées de diathèse, de écidive, d'incurabilité, de cachexie et de mort. Pour les médecins modernes, le ancer est une affection consistant dans la production d'un tissu anormal, qui fait partie de l'organisme sans remplir aucune fonction, se développe au milieu des tissus normaux, les comprime, les refoule, les atrophie, se substituant à eux. Le cancer se montre sous forme de masses isolées ou tumeurs; il finit quelquefois, d'autres fois débute d'emblée par un ulcère qui n'a point de tendance à guérir; souvent il s'étend en nappe et s'infiltre dans les tissus.

Le développement du cancer est indéfini, très lent ou très rapide; les productions cancéreuses peuvent rester stationnaires et vivre pendant plusieurs années presque à l'état latent; elles peuvent, au contraire, acquérir en peu de temps un développement considérable, envahir plusieurs organes, plusieurs régions à la fois, se généraliser. Ce sont ces modes différents qu'il faudrait pouvoir déterminer, et rien ne serait plus utile qu'une bonne classification des cancers.

Le cancer peut se développer dans tous les tissus, dans toutes les régions du corps, mais il a pour ainsi dire des lieux d'élection. Parmi les cancers qui sont du domaine de la chirurgie, les plus communs sont ceux du sein, du col de l'utérus, des lèvres, de la peau, des testicules, du rectum; parmi les cancers internes, les plus communs sont ceux de l'estomac, du foie, des reins, etc. Nous ne tenterons pas une classification des cancers; nous présenterons seulement un examen critique de l'état de cette question à notre époque.

Les progrès de la clinique et de l'anatomie normale et pathologique ont montré combien de maladies différentes étaient comprises sous le même nom, et quelle était l'inanité de la plupart des caractères distinctifs sur lesquels on établissait le diagnostic. En ce qui concerne le cancer, on a dû éliminer du cadre de ces maladies un grand nombre de lésions parmi lesquelles les kystes contenant, soit du liquide, soit de la matière sébacée, soit des poils, des fragments d'os ou de dents; les hydatides, qui sont des productions parasitaires constituées par la présence d'un ou de plusieurs individus vivant aux dépens de l'organisme, mais ne faisant pas corps avec lui et susceptibles d'être rejetés sans laisser aucune lésion grave à leur suite; les tumeurs fibreuses, les gourmes et les ulcères de nature syphilitique et scrofuleuse, etc. Dans son *Traité des maladies du sein*, publié en 1854, M. Velpeau s'exprime ainsi : « Un résultat important a été obtenu; on peut admettre comme démontré dès à présent que, sur quatre cents cas de tumeurs confondues sous le titre de cancer, il y en a près de cent qui ne sont pas cancéreuses, et qu'il est possible maintenant de distinguer au lit du malade. De nouvelles études, les progrès naturels de la science, permettent d'élever encore ce chiffre. Il y a lieu d'espérer que les chirurgiens pourront un jour réduire de beaucoup encore le cercle du véritable cancer. » Nul doute qu'il n'en soit de même en médecine, et que l'avenir ne nous réserve à cet égard des résultats tout aussi importants que ceux auxquels est parvenue la chirurgie. Déjà depuis plusieurs années nous voyons se multiplier sous nos yeux des affections qui ne sont pas en réalité plus fréquentes, mais qui sont plus fréquemment diagnostiquées qu'autrefois, et qui sont soustraites au cadre des cancers : tel est l'ulcère simple de l'estomac, qui n'était pas connu il y a quelques années, et qui aujourd'hui occupe une place importante

dans la nosologie. Quoi qu'il en soit, il est constant qu'il existe un ordre de maladies organiques dont la tendance à l'accroissement, à la destruction par compression, des tissus voisins, puis à l'ulcération, à la récidive, et généralement l'incurabilité, constituent des caractères suffisants pour que ces maladies soient décrits sous le même nom. Longtemps on a confondu ensemble des espèces anatomiquement et cliniquement différentes, puis est venu l'examen de ces produits morbides à l'aide des moyens perfectionnés et avec la rigueur de critique qui a marqué notre époque. On a cru pouvoir reconnaître ce qui était le cancer et ce qui ne l'était pas, et déterminer les caractères du cancer type. C'était une idée *à priori*. Il est résulté de cet examen une grande confusion dans les idées de ceux qui l'ont entrepris avec l'espoir d'obtenir une solution conforme à leurs prévisions. La transition entre les idées anciennes et les nouvelles est pénible, et les résultats suivants des recherches anatomiques montreront combien il est difficile de relier le passé à l'avenir :

§ II. — Anatomie pathologique.

Qu'est-ce que le cancer anatomiquement? Cette question n'a été posée que du jour où les études histologiques ont été abordées et poursuivies avec persévérance par les anatomistes, soit dans un but de science pure, soit à l'instigation et sous les auspices des médecins praticiens qui espéraient trouver dans ces recherches un appui pour le diagnostic. C'est en France surtout, et depuis une quinzaine d'années, que ces travaux ont été continués sans interruption. Les résultats de ces travaux attendus avec impatience et exploités trop tôt, ont donné tout d'abord des espérances qui n'ont pu être réalisées aussi vite qu'on le pensait. Il fallait que l'anatomie normale précédât l'anatomie pathologique, que les éléments normaux fussent tous connus et à toutes les périodes de leur développement; il fallait également que la disposition de ces éléments, leur ordre, la contexture des tissus normaux, fussent parfaitement connus, avant que l'étude de l'anatomie pathologique portât ses fruits. Aussi, après avoir usé des ressources précieuses fournies par le microscope, quelques grands praticiens accusant les erreurs, la lenteur, les hésitations des anatomistes micrographes, crurent-ils devoir retirer à ces précieuses études la faveur qu'ils leur avaient à bon droit accordée tout d'abord. L'erreur ou si l'on veut l'illusion des premiers observateurs a été de croire qu'il existait un élément anatomique morbide formé de toutes pièces, caractéristique, sans analogue dans l'économie à l'état sain; on reconnut plusieurs variétés de cet élément qui reçut le nom de cellule cancéreuse. On distingua dès lors les tissus morbides en hétéromorphes, ou sans analogues dans l'économie, et homœomorphes, ou ayant leurs analogues dans le corps à l'état sain. La description de ces éléments prit plusieurs années. Un revirement eut lieu, et l'existence d'éléments hétéromorphes fut mise en doute. Nous n'avons pas à discuter dans cet ouvrage la question de priorité relative à la négation ou à l'admission de l'existence d'éléments anatomiques spéciaux et caractéristiques du cancer. En 1844, lorsque Hannover et Lebert donnèrent la description de la cellule dite cancéreuse, il y eut, en différentes parties de l'Europe, des travaux publiés pour démontrer que ce que ces auteurs appelaient cellule cancéreuse n'était autre chose que des éléments anatomiques divers, tels que cellules épithéliales, pigmentaires ou cartilagineuses plus ou moins modifiées. D'au-

uteurs admirent que les cellules dites cancéreuses, ayant un noyau, un nu-, des granulations, comme beaucoup d'autres cellules de l'économie, étaient ;ues à ces éléments normaux et ne devaient pas être considérées comme hété-phes. Le mérite de ce retour à une interprétation plus saine, appartient à un nombre d'auteurs qui se sont complétés l'un l'autre. Il restait, après ces ıx dont un grand nombre sont dus à l'Allemagne et à la France, à indiquer ce représentaient réellement les différentes altérations de texture des organes lés, les diverses générations de tissus sous forme de tumeurs, à interpréter ces ifications de volume, et parfois de structure, qu'on observe dans les cellules et ibres composant ces tumeurs; il restait à démontrer la relation de ces états bides avec les états normaux.

ne s'est plus agi dès lors d'étudier les éléments en eux-mêmes et de les classer odiquement, ni d'accorder aux uns et de refuser aux autres la propriété dite éreuse. Dans ces productions de matière nouvelle, on vit autre chose qu'un amorphe de cellules ou de noyaux plus ou moins déformés. On reconnut que productions nouvelles étaient susceptibles d'une texture, d'une organisation. hercha donc comment chaque tissu morbide dérive d'un tissu sain, comment aissent des tissus analogues au cartilage et aux glandes, dans des régions n sont normalement dépourvues. Il fallut expliquer ce que représentaient, ıt qu'atrophie ou hypertrophie, en tant qu'aberration de structure des élé-s normaux, telles et telles cellules qu'on observait dans les tumeurs dites reuses. C'est en France que cette direction a été imprimée aux recherches mo-pathologiques. Un auteur allemand justement célèbre, à la fois patholo-et anatomiste, Virchow, a cru trouver la solution du problème en indiquant ıe cause de tous ces produits morbides la multiplication par génération en-ıe des cellules plasmatiques qui existent dans tous les tissus, dont elles sont ainsi dire l'élément vital et générateur par excellence. Cette vue large mérite oges et les reproches qu'on peut en général adresser aux travaux d'outre-: elle montre un trop grand désir de généralisation, et elle prévoit et explique *ori* ce qu'il faudrait démontrer par l'analyse. En France, les travaux de ebert (1) avaient ouvert la voie aux recherches analytiques et poussé très loin le de toutes les variétés de tumeurs. M. Ch. Robin, reprenant ces études et y tant un esprit de critique et une méthode qui ne pouvaient manquer de porter fruits, a pu arriver à déterminer certains faits généraux tels que ceux-ci : ue tissu de l'économie est susceptible de présenter une, deux ou trois espèces rations intimes, et ce sont ces altérations qui toutes ont été confondues ana-uement et symptomatiquement sous une seule et même hypothèse, un seul me nom, le cancer. Ainsi l'unité de cancer, le cancer type, n'existent pas.
ne saurions mieux faire, pour donner au lecteur une idée de l'état actuel de ence sur ce point, que de citer un passage du travail de M. Ch. Robin (2) : ıs la production des tumeurs, il est deux cas bien distincts à noter : le cas le fréquent est celui dans lequel les tumeurs dérivent d'une hypergénèse, d'une iplication exagérée des éléments anatomiques des tissus normaux, avec dé-

Traité d'anatomie pathologique générale. Paris, 1857, t. I.
Mémoire sur le tissu hétéradénique (*Gazette hebdom.*, 1856).

rangement ou non de la texture de ceux au sein desquels ils naissent, ou des parties voisines. Dans cette circonstance, on peut dire que tout tissu normal peut devenir l'origine de la production d'autant d'espèces de tumeurs qu'il renferme d'espèces d'éléments anatomiques ; et cela par suite même du fait de l'existence de ceux-ci, lorsque les conditions de leur nutrition, de leur développement, et surtout de leur génération, viennent à subir quelques modifications dont la nature est, du reste, à déterminer. Outre ce fait, on peut en observer un autre, c'est que la propriété qu'ont les tissus complexes de naître chez l'embryon n'est pas bornée seulement aux premiers temps de la vie. On la retrouve encore chez l'adulte dans des conditions diverses, par suite d'une sorte de perturbation de la propriété de génération.

Suivant M. Robin, les tumeurs dites cancéreuses, soit seulement composées de noyaux, soit composées de cellules, sont des produits morbides qui offrent une texture particulière de leurs éléments; il en est qui ressemblent à des glandes, mais sans canal excréteur (tissu hétéradénique), d'autres contiennent du cartilage en des points où ces tissus ne doivent point exister.

On voit, par l'exposé rapide que nous avons fait de la question anatomique, combien l'illusion des praticiens serait grande, s'ils comptaient actuellement sur la possibilité de perfectionner les anciens errements et de diagnostiquer des tumeurs bénignes ou malignes, soit à l'aide des caractères extérieurs grossiers que fournit la vue ou le toucher, soit à l'aide du microscope, qui ne reconnaît pas d'espèce cancéreuse type. Citons encore M. Robin : « Les propriétés de génération dans plusieurs points de l'économie, successivement ou simultanément, de nutrition énergique et de développement rapide, qui font que ces produits déterminent la résorption des tissus normaux dont ils prennent la place, sont, pour une même espèce, plus ou moins énergiques, selon la constitution individuelle, et l'état général des sujets atteints. Ce n'est pas à tel élément anatomique qu'on doit attribuer la gravité ou la bénignité de la marche locale des tumeurs ou leur généralisation, et aucun d'eux, à cet égard, ne jouit de qualités spécialement nuisibles. C'est l'état de la constitution individuelle innée ou acquise, qui fait que tel ordre de lésion se manifeste plutôt que tel autre, et offre une gravité considérable ou nulle. »

Tel est le dernier mot de l'anatomie à notre époque. Il faut donc que les médecins se résignent à emprunter à d'autres caractères que ceux que fournit l'anatomie, le diagnostic et le pronostic des affections dites cancéreuses.

§ III. — Symptômes.

Peut-être que les cliniciens, éclairés enfin sur l'inanité des propriétés physiques des tumeurs et des ulcères réputés cancéreux, et comprenant que la dureté ou la mollesse, la forme, la vascularité de ces produits morbides ne constituent point des caractères essentiels et spécifiques, se réfugieront avec plus de profit pour les malades dans l'étude de la marche et des symptômes de ces maladies. On peut dire dès à présent qu'il est telle maladie qui, cliniquement est un cancer, alors même que l'anatomie n'admet pas le cancer. Cette maladie, c'est un produit morbide vivant, qui croit au milieu des tissus et au cœur même de l'organisme dont il fait partie, qui se développe au hasard, sans forme, sans but, déprime, atrophie, ulcère les tissus, se propage aux ganglions les plus voisins, récidive, si on l'enlève, gagne d'autres tissus, se généralise, infecte l'économie tout entière, et

ntraine la mort. Il n'y a point de tissu qui y échappe. Les os, les muscles, les iscères, les glandes, les centres nerveux, peuvent être atteints de cancer. La forme, densité, l'accroissement, les caractères histologiques, varient suivant le lieu, organe. Peut-être l'anatomie fera-t-elle un jour la topographie des cancers ; ce moment n'est pas encore venu.

Les symptômes du cancer appartiennent à plusieurs ordres différents. Les uns ont dus à des lésions purement mécaniques, à des troubles fonctionnels occasionnés par la présence du cancer agissant comme corps étranger : par exemple, ne veine est comprimée par une tumeur, et il en résulte au-dessous un arrêt de la irculation en retour, un œdème. C'est ce qui se voit souvent dans les cancers de 'abdomen ou du foie ; il y a alors œdème des membres inférieurs, ou ascite. Si la umeur est développée dans le crâne, elle pourra, par compression, gêner quelque rgane des sens ; la vue, l'ouïe, le goût, pourront être altérés. Toute tumeur développée, soit dans le crâne, soit dans le rachis, pourra donner lieu à des lésions de a sensibilité et du mouvement, à des paralysies, à de l'hyperesthésie le plus souvent partielles, à des états convulsifs, etc. Si la tumeur cancéreuse siége au pylore et qu'elle obstrue le passage des aliments, il y aura distension de l'estomac, affaiblissement, ou au contraire hypertrophie des parois de ce viscère ; il y aura vomissement parce que les aliments ne pourront pas franchir l'obstacle. Si c'est dans l'intestin que siége le cancer, il y aura rétrécissement de l'intestin, arrêt du bol alimentaire ou des matières fécales, distension au-dessus de l'obstacle, tympanite, etc. Si c'est dans l'œsophage, le malade ne pourra plus avaler le bol alimentaire et arrivera à ne plus pouvoir que boire.

Lorsqu'il n'agit pas comme tumeur, le cancer agit comme agent destructeur, l atrophie, il amène l'ulcération. C'est alors que les tissus érodés laissent échapper e sang, non-seulement des capillaires, mais encore des vaisseaux de moyen et de gros calibre. Aussi l'hémorrhagie est-elle un des meilleurs caractères du cancer. Qui ne sait que la métrorrhagie est le symptôme le plus habituel des cancers du col ou du corps de l'utérus ; que l'hématurie est un symptôme du cancer du rein ; que l'hématémèse est un des symptômes du cancer de l'estomac ?

Enfin, le cancer peut amener non-seulement l'ulcération des organes, mais la perforation, et c'est ainsi que le cancer de l'estomac, du foie, de l'utérus, des reins, détruit tout devant lui ; et s'il ne trouve point un organe voisin qu'il gagne par le contact, il amène une communication de la cavité du péritoine ou de la plèvre avec la cavité du viscère perforé. Quelquefois il en résulte la communication d'un conduit avec un autre, de l'estomac avec le côlon, avec le duodénum, la vésicule biliaire, de deux intestins entre eux, de l'œsophage avec la trachée.

Parmi les symptômes généraux, l'état cachectique, l'anémie, la teinte jaune-paille ont été signalés de tout temps. Il faut s'expliquer à cet égard. La teinte jaune peut être attribuée dans le plus grand nombre des cas à une lésion du foie ; c'est alors un ictère plus ou moins intense ; soit que la tumeur ait son siége dans le foie, soit qu'elle réside à l'estomac ou dans le voisinage de ces organes. Lorsqu'il n'existe qu'une teinte jaune claire, paille, on peut dire qu'elle n'a rien de caractéristique, et qu'elle indique simplement l'état cachectique, quelle qu'en soit la cause ; la teinte chloro-anémique appartiendra à tous les cancéreux qui, par le fait du cancer, souffriront dans leur nutrition ou perdront du sang.

L'état cachectique, quelquefois, ne résulte ni de troubles digestifs, ni d'hémorrhagies, ni d'un état fébrile marqué, et il est très vrai que l'on voit des malades atteints d'un cancer en un point du corps, dont l'intégrité semble n'importer que médiocrement au reste de l'économie, tomber peu à peu dans l'affaiblissement et devenir cachectiques. Le plus souvent, cependant, des troubles fonctionnels graves et dépendant directement du cancer expliquent la cachexie et l'étisie. C'est le cas des cancers viscéraux. Le cancer peut d'ailleurs, par sa destruction, par les phénomènes morbides dont ces sortes de tumeurs deviennent le siége et par la réaction consécutive de l'organisme, donner lieu à de la fièvre, à des phénomènes d'infection purulente ou putride : c'est ainsi que la mort survient dans un grand nombre de cas.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche du cancer n'a rien de régulier, et l'on ne peut donner à cet égard que quelques notions très générales. L'âge a une influence marquée sur la marche et aussi sur le siége du cancer. Chez les jeunes sujets, le cancer marche avec une très grande rapidité et acquiert des dimensions énormes en peu de temps ; il se montre surtout au foie, dans les os, humérus ou fémur, dans les méninges, dans l'orbite. Il semble que la rapidité de son accroissement soit en rapport avec l'activité de la vie. Chez les vieillards, au contraire, le cancer marche plus lentement, et par cela même sa gravité est moindre. Une tumeur cancéreuse chez un vieillard peut persister presque sans s'accroître pendant plusieurs années, et donner lieu à une lésion qui reste locale pendant un temps très long. Chez les jeunes sujets, le cancer a un accroissement rapide et indéfini, et détermine la mort en très peu de temps.

Terminaison. — Lorsque le cancer s'est développé dans les viscères, la mort survient le plus souvent par suite de troubles de nutrition, de fièvre hectique, d'infection putride ou purulente, d'hémorrhagies, de phlegmasie des organes atteints par le cancer, etc. Chez un certain nombre de vieillards morts de maladies aiguës ou chroniques qui ne sont pas sous la dépendance du cancer, on trouve des tumeurs cancéreuses qui sont restées pour ainsi dire à l'état latent, et n'ont donné lieu à aucun phénomène morbide intense. Ces cas sont néanmoins exceptionnels.

§ V. — Causes, traitement.

Causes. — On a invoqué l'hérédité. Cette cause est loin d'être démontrée. On a signalé des causes tenant au milieu et à la manière de vivre, à la mauvaise alimentation, à la misère. Ces causes sont également problématiques. Quant aux causes accidentelles, traumatiques, elles peuvent être invoquées pour expliquer pourquoi le cancer s'est de préférence montré en un organe plutôt qu'en un autre. Ainsi les coups reçus sur la région hépatique, les troubles fonctionnels de l'estomac causés par l'abus des liqueurs fortes, etc., peuvent jusqu'à un certain point passer pour causes déterminantes de l'apparition dans ces points de la maladie cancéreuse. Quant à la cause spécifique, nous l'ignorons, elle est individuelle, et rentre dans la classe des diathèses ou prédispositions de l'économie tout entière à produire en des points quelconques une maladie toujours semblable à elle-même.

Il n'existe point de traitement spécifique du cancer.]

ARTICLE VIII.

TUBERCULE.

[*Caractères anatomiques.* — La matière tuberculeuse se présente sous deux formes : celle de matière grise demi-transparente et celle de matière jaune. On a, à une certaine époque, élevé des doutes sur la nature de la matière grise, mais il n'en existe plus maintenant; elle est, dès le principe, *franchement tuberculeuse* (1). La matière grise conserve quelquefois ses caractères, et, d'autres fois, elle se transforme par des changements progressifs en matière jaune. Mais cette dernière peut être primitivement déposée dans les tissus sans avoir nécessairement passé par l'état gris. Ces deux espèces, ou, pour mieux dire, ces deux variétés se présentent sous la forme de masses isolées, ou *granulations*, ou tubercules proprement dits, et sous celle d'*infiltration*.

La matière grise est en général en masses extrêmement petites, très nombreuses, fermes, élastiques, sèches, non friables, tandis que la substance jaune forme des amas plus volumineux, moins nombreux, secs et friables; cette dernière peut seule s'écraser et se dissoudre dans l'eau, mais sans rendre de liquide lactescent comme le cancer.

La substance tuberculeuse est essentiellement composée de corpuscules ou globules polyédriques, à angles obtus de 1/140e à 1/120e de millimètre; la surface de ces corpuscules est lisse, et leur contenu consiste en une masse plus ou moins transparente, assez solide et en granules moléculaires; il est extrêmement rare d'y trouver des noyaux et des nucléoles, comme si ces corpuscules étaient des cellules incomplétement développées.

Les tubercules proprement dits ne contiennent pas de vaisseaux, mais quelquefois ils emprisonnent quelques éléments des tissus au sein desquels ils se forment. Nous ne parlons pas des granules moléculaires, de la graisse, de la mélanose, des cristaux qui se rencontrent accidentellement dans le tubercule.

Tout démontre que le tubercule n'est pas un produit organisé, mais que c'est, au contraire, un simple dépôt de matière anormale au milieu des tissus, analogue au dépôt de la matière purulente dans les parties enflammées.

Siége. — La matière tuberculeuse peut se déposer dans tous les tissus, bien qu'avec une fréquence différente; et si M. Lebert n'a pas encore trouvé la substance grise demi-transparente dans les os, cela ne démontre pas qu'elle ne puisse pas s'y former, ou bien il faudrait douter de l'habileté d'observation de M. le professeur Nélaton.

Cependant il est évident que la formation des produits tuberculeux est bien plus fréquente dans certains organes que dans d'autres. C'est dans les poumons qu'on les rencontre le plus souvent, puis dans les ganglions lymphatiques, les membranes séreuses, les glandes, etc. Aussi M. Louis a-t-il pu dire que, chez l'adulte, quand on trouve du tubercule dans un organe quelconque étranger aux voies respiratoires, on est certain d'en rencontrer aussi dans le poumon; mais cette règle n'est pas applicable à l'enfance.

(1) Lebert, *Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses*. In-8, Paris, 1849.

Évolution. — Selon M. Lebert, il y a deux sortes d'évolutions du tub
l'une *destructive*, l'autre *curative*.

Dans la première, la matière tuberculeuse se *ramollit* ou se *fond*. Le r
sement s'opère par l'infiltration d'un liquide granuleux ou par la sécrétion
tière purulente autour du tubercule; dans ce cas les corpuscules de la
tuberculeuse augmentent de volume et tendent à s'arrondir, mais ne disp
pas. Dans la fonte proprement dite, il y a dissolution réelle de ces corpusc
général, ces altérations s'opèrent du centre à la circonférence, et il arrive
ment où le tissu ambiant s'affecte à son tour, tend à *s'ulcérer* et conserve
endance même après l'élimination du tubercule (cavernes). La véritable
du ramollissement paraît à M. Lebert résider dans l'absence de nutrition et
vascularité propre du tubercule, ce qui provoque une altération purement phy-
sique.

Dans l'évolution curative, quelquefois le tubercule s'indure par le dépôt de
matière calcaire, ce qui constitue l'*état crétacé*, si commun dans les poumons de
les vieillards tuberculeux; ou bien le tubercule est d'abord éliminé, et la cav
tend à la cicatrisation.

Composition chimique. — La connaissance de cette composition est si peu
que nous n'en donnerons qu'un aperçu. On trouve dans le tubercule cru : de la
gélatine, de la caséine, de la fibrine, de l'albumine, de la cholestérine, des matières
grasses et des sels. Dans le tubercule ramolli, une partie de ces substances
sont devenues plus solubles que précédemment dans l'eau, l'alcool, l'éther, etc.
Enfin, dans le tubercule crétacé la matière organique disparaît en grande partie
pour faire place à des sels parmi lesquels dominent le phosphate de chaux et l
phosphate ammoniaco-magnésien.

Nous ne pousserons pas plus loin l'étude de ces détails de chimie et d'anatomie
pathologique. En exposant les principaux, nous avons eu l'intention de mont
combien jusqu'à présent il y a peu d'utilité à en tirer.

Mais si maintenant nous pouvions insister sur la partie pathologique, il n
serait facile de faire voir qu'elle est certainement plus avancée que la précéd

Considérations pathologiques. — Le tubercule n'est pas une lésion locale,
est absolument impossible de le faire naître expérimentalement comme on pro
une inflammation. Il ne se développe que sous l'influence d'une disposition m
bide générale de l'économie, d'une *diathèse* en un mot. Nous l'avons déjà dit
nous le répétons, le tubercule n'est pas un élément morbide organisé et vivant
lui-même; c'est un simple dépôt, une sécrétion anormale qui, au lieu d'être
minée, s'épanche dans l'épaisseur des tissus et y subit des altérations physiques
vitales. Après un séjour plus ou moins long au sein des organes, il tombe dans
sorte de décomposition purement physique qui est le ramollissement, et bient
est éliminé. A la place qu'il a occupé les parties n'ont pas de disposition à se c
triser, une tendance ulcéreuse persiste. Quelle est la cause de la persistance
cavernes, des trajets fistuleux, des kystes, des abcès migrateurs? quel rôle jo
tubercule absent dans la conservation de ces ulcères intérieurs? A notre avis,
rôle est nul; le tubercule n'est qu'un corps étranger, et l'ulcération qui pers
après son élimination est uniquement le résultat de la disposition morbide génér
de l'économie; l'ulcère désormais débarrassé de l'épine devrait guérir, si une ca

d'un autre ordre ne l'entretenait pas, et cette cause c'est la diathèse dont le tubercule n'a été lui-même qu'une manifestation.

Si l'on interprétait de la sorte les faits relatifs à la tuberculisation, on devrait s'occuper bien plus de l'état général que de l'état local, et l'on n'incarnerait plus désormais d'une manière étroite une maladie générale dans l'une de ses localisations. Ce qui revient à dire que le tubercule considéré en lui-même n'est qu'une lésion, et que la *maladie* tuberculeuse est quelque chose de plus; que c'est un tout bien complet, une entité morbide d'un rang plus élevé.

Cette conception de la maladie élargit le cadre de l'anatomie pathologique elle-même, en même temps qu'elle agrandit le champ du diagnostic, du pronostic et de la thérapeutique. En effet, si le tubercule n'est qu'un dépôt, qu'une expression locale d'une maladie générale, il s'en suivra qu'un individu qui a quelques tubercules dans les poumons est cependant *généralement* tuberculeux, c'est-à-dire dans tout son organisme; que s'il lui survient, dans le même organe ou ailleurs, une autre lésion anatomique, comme une pleurésie simple, une pneumonie simple, une méningite simple, ces affections pourront à bon droit être considérées comme tuberculeuses; car si ces affections ne sont pas tuberculeuses *localement*, elles le sont par leur *origine* ou leur *racine;* que le diagnostic, même dans le cas d'une lésion simple, devra s'éclairer des commémoratifs; que le pronostic s'établira sur les mêmes bases; et, enfin, que le traitement, s'il y en avait un, devrait aussi tenir compte bien plus de l'origine et de la nature du mal que de son apparence anatomique sous le scalpel et le microscope.]

ARTICLE IX.

PLÉTHORE.

Dans tous les temps on a remarqué que, chez certains sujets, le sang est tantôt plus riche, tantôt plus pauvre qu'à l'état normal, ce qui entraîne une certaine série de symptômes quelquefois fort graves. On a vu aussi que des altérations particulières, comme celles du scorbut, donnaient lieu à des affections générales bien caractérisées, et tous les traités de pathologie contiennent la description de ces maladies. Mais, dans ces dernières années, les observateurs, appliquant à ces recherches des expériences rigoureuses, sont arrivés à des résultats plus précis qu'on ne l'avait fait avant eux, et, relativement à la cause matérielle des symptômes, c'est à eux principalement qu'il faut avoir recours. Parmi les travaux modernes, il n'en est aucun qui puisse nous être d'une plus grande utilité que ceux qui ont été entrepris par MM. Andral et Gavarret, et surtout que le dernier ouvrage de M. Andral sur ce sujet (1).

Autrefois on admettait un assez grand nombre de divisions dans la pléthore: c'est ainsi que l'augmentation permanente de la quantité du sang était distinguée sous le nom de *pléthore vraie;* qu'une espèce de dilatation du sang, distendant

(1) *Essai d'hématologie pathologique.* Paris, 1843.

commencement le système circulatoire, était désignée sous le nom de *pléth[ore] fausse*, que le défaut de proportion du sang avec les cavités qui doivent le co[ntenir], comme après les grandes amputations, avait sa description spéciale, e[t] Mais les recherches récentes ont fait justice de ces divisions fondées sur de simp[les] apparences, et M. Andral est arrivé à cette conclusion, qu'une proportion tr[ès] considérable des globules est le seul caractère anatomique de la pléthore. M. Bea[u] dans ces derniers temps, a admis l'existence d'une *pléthore séreuse*; j'en dirai [un] mot dans l'histoire de l'anémie et de la chlorose. Quant aux pléthores *bilieu[se]*, *lymphatique*, etc., elles ne sont que des états locaux qui ne méritent pas u[n] pareil nom.

§ I. — Définition, fréquence.

Il suit de ce que je viens de dire que la pléthore, abstraction faite de la pléth[ore] séreuse, dont il n'est pas question ici, doit être définie : un état pathologiq[ue] caractérisé anatomiquement par l'augmentation des globules sanguins. Quant à la *fréquence* de cet état, nous n'avons pas de données positives. Si l'on s'en rap-portait aux observations où les sujets sont désignés sous le nom de *pléthoriques*, on pourrait croire que la pléthore est beaucoup plus fréquente qu'elle ne l'est réellement. Cette question est liée à celle des tempéraments, sur laquelle il y a encore tant à faire.

§ II. — Causes.

On a remarqué, relativement à l'*âge*, que les adultes sont plus disposés à la plé-thore que les enfants et les vieillards; viennent ensuite ces derniers, car les en-fants présentent très rarement cet état particulier de l'organisme. Le plus grand nombre des cas a été observé chez des sujets du *sexe féminin*, ce que l'on explique par la vie sédentaire des femmes, car la *vie sédentaire* est aussi une condition favorable au développement de cette disposition.

De toutes les *saisons*, le printemps, surtout au début des chaleurs, est celle où se manifestent le plus fréquemment les accidents de la pléthore. Mais peut-on dire que la pléthore elle-même se produit alors? Non, sans doute, car souvent le sang est déjà, depuis un certain temps, trop riche en globules, lorsque les premières chaleurs, activant la circulation, viennent rendre cette surabondance manifeste. Doit-on voir, dans l'état de *grossesse* même, une prédisposition à cette pléthore, qui oblige si souvent les femmes à se faire saigner, ou faut-il chercher la cause des accidents dans la vie plus sédentaire, dans la nourriture plus abondante des femmes enceintes? C'est ce que les recherches des auteurs ne permettent pas de décider. Les sujets qui sont affectés de pléthore ont, en général, un *embonpoint* assez no-table; mais est-il permis de dire que l'embonpoint est une cause prédisposante de la pléthore? N'est-il pas simplement un effet des causes qui produisent celle-ci? D'ailleurs il n'est pas très rare de voir des sujets maigres offrir tous les accidents de la pléthore.

Quelle que soit l'importance de ces *causes prédisposantes*, toujours est-il que, dans un bon nombre de cas, il faut avoir recours, pour expliquer l'existence de la pléthore, à une prédisposition cachée, à une constitution primordiale du sang, comme le dit M. Andral. Cette vérité est démontrée par la production de

ıthore dans des cas où toutes ces causes manquent, aussi bien que les s occasionnelles dont il va être question, et où, dès le jeune âge, on re-ne une tendance invincible du sang à se charger d'une trop grande quantité ›bules.

ı *causes occasionnelles* sont de deux ordres, ainsi que le fait remarquer oux (1), savoir : 1° l'introduction dans le sang d'une plus grande quan-le matériaux que n'en exige l'entretien du corps; 2° la rétention, dans ce le, de substances qui auraient dû en sortir par les excrétions. Une *nourriture* abondante, trop substantielle; l'usage des vins généreux, etc., appartiennent remier ordre; le second comprend la suppression d'une évacuation habituelle, e saignée de précaution, d'un flux quelconque, et en particulier du flux hé-rhoïdal. Dans ce dernier ordre aussi doivent être rangés les résultats de cer-s causes prédisposantes, telles que la vie sédentaire et la mollesse; car, en il cas, ce qui occasionne les accidents, c'est la disproportion de l'alimentation es pertes journalières du corps. Ajoutons, et ce sera une nouvelle preuve de stence d'une prédisposition cachée, que ces causes sont loin de produire néces-ment la pléthore, et que les cas où elles existent sans que l'effet ait lieu ne sont rares.

§ III. — Symptômes.

e n'est que par degrés que se développe la pléthore. Aussi arrive-t-il souvent dans le principe, les sujets, loin de se croire malades, se trouvent plus forts, dispos, et se félicitent de ce surcroît d'énergie de toutes leurs fonctions. Mais tard quelques accidents, légers encore, viennent annoncer que les limites dépassées. Loin d'être plus actifs que dans l'état normal, ainsi qu'ils l'étaient rd devenus; loin d'avoir une digestion plus active, une respiration plus etc., les sujets se sentent lourds, ils ne peuvent pas se livrer à une occu-ı suivie, ils ont une grande tendance à s'endormir, surtout après les repas; ace devient plus colorée, turgescente; en un mot, l'état de plénitude se fait déjà .

ıs tard, ces accidents, d'abord supportables, prennent un plus grand accrois-ıt, et voici ce que l'on observe. La *face* est vivement colorée, l'œil brillant. e est lourde; les sujets y éprouvent un sentiment de tension, quelquefois une ıble douleur; ils ont des bourdonnements, des tintements d'oreille. Parfois la ı est troublée, les objets paraissent colorés en rouge, et souvent des *étourdis-nts* viennent effrayer les malades, surtout après de grands efforts, au moment s se relèvent après s'être baissés pendant un certain temps, après l'acte de la ation, etc. Quelques-uns éprouvent un sentiment de *pesanteur*, une *lassitude* rale; tous ont une tendance plus au moins grande au *sommeil*, et leur som-est lourd, prolongé, avec des rêvasseries. Le réveil est pénible, long; les sujets nt longtemps encore dans un état de torpeur. Par moments, une tension plus de de la tête et des *bouffées de chaleur* se font sentir. Les *battements du cœur* grands et forts. Quelques médecins ont cru trouver un bruit de souffle dans ırgane; mais, ainsi que le fait remarquer M. Andral, ce symptôme n'appartient

) *Dictionnaire de médecine*, art. PLÉTHORE.

pas à la pléthore ; dans les cas où on l'a noté, il y avait une complication de maladie du cœur. Le *pouls* est large, grand ; il bat lentement et avec force ; on le déprime difficilement. La respiration elle-même ne se fait plus avec la même facilité ; il y a un sentiment de plénitude dans la poitrine et quelquefois une véritable chaleur. Enfin du dégoût, de l'anorexie, la pesanteur de l'épigastre, la constipation, peuvent venir se joindre à cet appareil de symptômes.

Tous les sujets ne présentent pas l'ensemble de ces phénomènes, quoique la maladie n'en soit pas moins bien caractérisée. L'état de la circulation et de l'innervation fournit les symptômes les plus précieux.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la pléthore est graduelle et continue ; dans certaines circonstances, les accidents deviennent promptement intenses, mais ordinairement ils ne s'accroissent que peu à peu. Quant à la *durée*, elle est illimitée.

La pléthore n'a pas, par elle-même, une gravité réelle, et sa *terminaison* n'est pas fâcheuse ; mais on a dit qu'elle pouvait se terminer par certaines affections graves. Ainsi la plupart des auteurs ont admis que les sujets pléthoriques étaient, beaucoup plus que les autres, disposés aux phlegmasies : maladies qui, chez eux, se faisaient remarquer par une très grande gravité. Relativement à cette dernière assertion, nous ne pouvons rien dire de positif ; mais la première a été démentie par M. Andral. Cet auteur, remarquant que chez les pléthoriques la fibrine n'existe pas en plus grande quantité qu'à l'état normal, avait tout d'abord pensé que l'opinion générale pouvait être erronée, soupçon qui a été ensuite confirmé par l'examen des faits cliniques. Aussi n'hésite-t-il pas à avancer que « ce n'est qu'une fausse analogie de symptômes qui a fait dire que la pléthore disposait aux phlegmasies. » On ne trouvera nulle part aucune objection sérieuse à cette manière de voir. La pléthore dispose-t-elle davantage aux congestions cérébrales, à l'apoplexie, aux hémorrhagies actives ? On est naturellement porté à l'admettre ; cependant des recherches exactes sur ce point ne seraient pas inutiles.

D'abord, pour expliquer la pléthore, on a dit que le sang était plus riche, sans spécifier davantage. Puis on a cherché dans la surabondance de la fibrine la cause de la série d'accidents précédemment décrite ; mais les dernières recherches de M. Andral ont définitivement résolu la question. Ce n'est pas la fibrine qui est en surabondance, puisque, dans l'analyse du sang des pléthoriques, M. Andral n'a trouvé qu'une moyenne de 2,7 sur 1000 en fibrine, et que la moyenne normale est 3 sur 1000 ; ce n'est pas non plus un autre élément étranger aux globules : c'est la surabondance seule de ces globules qui constitue la véritable *altération anatomique*. Dans l'état physiologique (1), on a pour moyenne des globules 127/1000, pour maximum 140, et pour minimum 110 ; or, dans la pléthore, les chiffres correspondants sont : *moyenne* 141, *maximum* 154, et *minimum* 131. La différence est, comme on le voit, des plus notables.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de la pléthore est en général facile. On la distingue d'une véritable

(1) *Hématologie*, p. 29.

phlegmasie, en ce que aucun organe n'étant particulièrement affecté, elle ne donne pas lieu à des symptômes locaux caractéristiques. Il est un peu plus difficile de la distinguer d'une simple congestion locale, et surtout d'une congestion vers la tête. Ces congestions, en effet, s'accompagnent assez souvent d'un état général qui les rapproche de la pléthore. Mais la rapidité plus grande avec laquelle elles sont survenues, et la disproportion entre les symptômes locaux et les symptômes généraux font bientôt cesser les incertitudes. Ces congestions étaient, comme je l'ai déjà dit, décrites autrefois comme des pléthores, sous le nom de *pléthores locales*. Mais nous pouvons mieux encore à présent reconnaître combien on était dans l'erreur, puisqu'il est évident qu'une augmentation dans la quantité des globules du sang ne saurait produire une affection toute locale. Je n'insiste pas sur un diagnostic qui ne peut pas embarrasser le praticien. Quant au *pronostic*, on a déjà vu que la possibilité de quelques accidents consécutifs peut le rendre grave dans certains cas.

§ VI. — Traitement.

Le traitement de la pléthore est des plus simples, et l'application en est très facile. Aussi n'entrerai-je que dans fort peu de détails à son égard. Si les accidents sont légers et demandent encore, pour se produire, des causes excitantes assez énergiques, telles que des excès, le séjour dans un appartement chaud, etc., il suffit de quelques jours de diète, de l'usage des boissons aqueuses, des bains simples, et d'un exercice un peu actif.

Mais si les troubles du système circulatoire et du système nerveux sont considérables, et si surtout on a quelques raisons de craindre les accidents consécutifs signalés plus haut, on doit avoir recours à quelques moyens plus actifs. La *saignée* tient sans contredit le premier rang. On n'en saurait douter un instant, surtout après les dernières recherches. A la suite de la saignée, le vide fait dans l'appareil circulatoire tend à se combler par une production de liquide presque entièrement séreux ; par ce fait, la seule altération qui existe dans la pléthore, c'est-à-dire la surabondance des globules sanguins, se trouve atténuée ; rien de plus simple donc que l'efficacité souveraine de la saignée. On aura recours à ce moyen avec d'autant plus d'empressement, que les accidents seront survenus après la suppression d'un flux, un retard dans une saignée de précaution habituelle, etc. Lorsque des *hémorrhagies* ont lieu chez des sujets pléthoriques, elles produisent le même effet que la saignée ; il faut donc se garder de les arrêter trop tôt, et le médecin devra se contenter de veiller à ce que la perte de sang ne dépasse pas certaines limites. Ces hémorrhagies sont presque toujours des épistaxis, un flux hémorrhoïdal, des menstrues abondantes. Il faut toujours rechercher si l'on ne peut pas rapporter l'hémorrhagie à une lésion organique, car alors la conduite à tenir serait bien différente (1). L'application d'un nombre considérable de *sangsues* est utile, principalement quand il s'agit de suppléer des flux sanguins, tels que les menstrues et le flux hémorrhoïdal, parce qu'on peut les appliquer sur le point même, et rappeler le flux supprimé. Mais ordinairement la saignée est bien préférable.

Les *boissons aqueuses* abondantes, apportant dans le torrent circulatoire une grande quantité de liquide, ont également une utilité réelle ; on ne devra donc pas

(1) Voy. *Épistaxis, Hémoptysie.*

les négliger. Une *diète* plus ou moins rigoureuse viendra en aide à ces moyens, auxquels on joindra avec avantage les *bains simples* à une température modérée, un *exercice* assez actif, de légers *purgatifs*, l'habitation d'un lieu frais et aéré.

Ce traitement est plutôt hygiénique que thérapeutique, mais il suffit lorsqu'il est bien employé. Ce serait par conséquent vouloir grossir inutilement ce traité que d'insister davantage sur un point si simple, et d'indiquer d'autres médicaments, dont le moindre inconvénient est le défaut de toute action réelle.

ARTICLE X.

ANÉMIE.

C'est encore une question qui n'est pas parfaitement résolue, de savoir si l'*anémie* et la *chlorose* ne sont qu'une seule et même maladie. Cependant il faut dire que, d'après les faits cités par MM. Andral (1) et Blaud (2), on est naturellement porté à adopter cette manière de voir. Il est, en effet, des cas où il est impossible de dire s'il existe une anémie ou une chlorose : tels sont ceux qui surviennent chez les femmes habitant des logements sans air et sans soleil, et n'ayant qu'une nourriture insuffisante et de mauvaise nature. Dans ces cas, les deux états pathologiques se confondent tellement, qu'il est inutile de chercher à les distinguer. Tout porte donc à croire que les différences qui existent entre les types d'anémie et de chlorose décrits par les auteurs tiennent uniquement aux conditions dans lesquelles se trouvent les malades et aux causes de la maladie.

Malgré l'importance de ces considérations, je décrirai cependant à part l'anémie et la chlorose, non pas seulement pour me conformer à l'usage, mais parce que, sous le rapport pratique, un bon nombre des cas qui ont reçu ces deux noms différents présentent quelques particularités intéressantes à connaître.

M. Andral (3) a divisé l'anémie en *générale* et en *locale*. C'est de la première qu'il va être spécialement question dans cet article. La seconde se rattache presque toujours à des maladies plus importantes et n'est qu'un phénomène consécutif.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On entend par le mot *anémie* non pas la privation totale du sang, comme on pourrait le croire d'après l'étymologie, mais seulement une diminution dans sa quantité. C'est du moins ainsi qu'on l'entendait avant les dernières recherches. Mais les études récentes, et en particulier celles de M. Andral (4), sont venues encore modifier cette manière de voir. Ce dernier auteur a trouvé que, dans un bon nombre de cas, le liquide sanguin n'avait pas diminué en totalité, mais seulement avait perdu en partie un de ses éléments : les globules. Sans doute la diminution peut porter aussi sur les autres matériaux, mais c'est ce qui est loin d'arriver constamment, et, par conséquent, la quantité des globules, moindre qu'à l'état normal

(1) *Anatomie pathologique*, t. I, p. 80 et suiv.
(2) *Revue médicale*, 1832.
(3) *Loc. cit.*, p. 75 et suiv.
(4) *Essai d'hématologie pathologique*, p. 59 et suiv.

est le caractère anatomique essentiel de la maladie. On doit donc la définir : *Une diminution dans la quantité normale des globules sanguins.*

Cette affection a reçu un assez grand nombre de noms différents, tels que *maladie des mineurs*, parce que les ouvriers qui travaillent aux mines de charbon en ont été atteints dans des circonstances remarquables ; *hypémie*, nom proposé par M. Andral ; *hydrémie* ou *hydroémie*, parce que le sang paraît plus séreux ; et *oligémie*, parce qu'on suppose que le liquide sanguin est toujours en moindre quantité qu'à l'état normal. Le nom d'*anémie*, malgré sa signification vicieuse, étant aujourd'hui bien compris de tout le monde, peut être conservé sans inconvénient.

Il est difficile d'apprécier exactement la *fréquence* de l'anémie. Elle se présente peut-être moins fréquemment à l'observation que la chlorose proprement dite ; cependant ce n'est pas une maladie rare.

§ II. — Causes.

Parmi les causes attribuées à l'anémie, il en est très peu qu'on puisse ranger parmi les *causes prédisposantes*. L'*enfance* et le *sexe féminin* sont peut-être les seules conditions de ce genre. Quant aux *causes occasionnelles*, elles sont assez nombreuses. La première, et celle dont l'action est le plus marquée, est sans contredit une *perte excessive de sang*, soit par la saignée, soit par les sangsues, soit par une hémorrhagie quelconque. C'est surtout lorsque les pertes de sang sont répétées à de courts intervalles, qu'elles produisent le plus facilement l'anémie.

D'après la définition que j'ai donnée plus haut, on a vu que l'anémie est, dans son expression la plus simple, un état diamétralement opposé à la pléthore ; il s'ensuit naturellement que leurs causes doivent être entièrement différentes. Aussi voyons-nous qu'une nourriture insuffisante, de mauvaise qualité ; l'habitation dans un lieu sombre, mal aéré ; des travaux excessifs, produisent une véritable anémie. C'est alors un *étiolement* semblable à celui des plantes placées dans les mêmes conditions.

On a dit que toutes les *pertes*, comme les évacuations alvines trop abondantes, les flux séreux et muqueux, produisaient l'anémie. Mais il ne faut pas prendre l'effet pour la cause ; car on voit ordinairement, sous la seule influence de la recomposition du sang, disparaître ces flux qui étaient liés à l'anémie, mais qui ne l'avaient pas causée.

Les choses se passent-elles autrement chez les *ouvriers mineurs* qui sont sujets à cette maladie ? On sait que chez eux l'affection peut débuter par des coliques et des déjections de mauvaise nature ; mais ce n'est qu'après l'apparition de la faiblesse et des palpitations. Tout porte donc à croire que l'altération du sang existe d'abord, quoique peu sensible, et qu'elle a été causée par les mauvaises conditions hygiéniques où se trouvaient placés les sujets.

M. Tanquerel des Planches a décrit l'état cachectique des hommes qui ont longtemps subi l'*influence du plomb*. M. Andral a vu, dans cet état, les globules subir une diminution tout aussi grande que dans l'anémie spontanée. L'absorption du plomb doit donc être rangée parmi les causes de l'anémie.

La diminution des globules a aussi été observée fréquemment par ce dernier

auteur et par M. Cazeaux chez les *femmes enceintes*. On a, en outre, reconnu une anémie causée par une *maladie chronique* ayant altéré profondément la constitution. On voit, en effet, chez les sujets affectés depuis un temps assez long de tubercules, de cancer, etc., survenir un état général de faiblesse avec décoloration des tissus, qui annonce l'altération du sang. Mais cet état, se liant à des affections dont la description doit trouver place ailleurs, ne doit m'occuper ici que secondairement.

MM. Becquerel et Rodier (1) ont décrit une anémie résultant de la *diminution de proportion de l'albumine du sang;* mais ici l'anémie joue un rôle secondaire, et je reviendrai sur ce sujet quand je parlerai de l'*anasarque* et de l'*œdème*, qui sont les principales conséquences de cette diminution de l'albumine.

Enfin, il est des cas où l'on ne peut rattacher à *aucune cause appréciable* le développement de l'anémie. M. Louis (2) en a observé un d'autant plus remarquable que le sujet était un homme.

§ III. — Symptômes.

La maladie a un *début* différent suivant les cas. Lorsqu'elle succède à des évacuations sanguines trop abondantes, pratiquées dans une maladie fébrile, on voit, au moment où le malade devrait entrer en convalescence et reprendre ses forces, se déclarer rapidement tous les symptômes de l'anémie. Chez les ouvriers qui travaillaient à la mine d'Anzin (3), les coliques, le météorisme, les déjections noires et vertes, jointes à la dyspnée, aux palpitations et à la prostration des forces, furent les premiers signes observables de la maladie. Dans les cas où l'anémie se déclare spontanément sous l'influence d'une ou de plusieurs des causes précédemment signalées, son début est difficile à distinguer, les modifications organiques se faisant d'une manière très lente.

Lorsque l'anémie est encore commençante, qu'il n'y a qu'une faible disproportion de la quantité des globules avec les autres matériaux du sang, les symptômes consistent uniquement dans une *pâleur* remarquable, surtout dans les portions apparentes des muqueuses, telles que celles du bord libre des lèvres. Les malades sont *faibles*, fatigués au moindre exercice; ils ont une grande tendance à la *somnolence*. Ils sont facilement essoufflés, ont des *palpitations* fréquentes, et déjà alors ils présentent dans les vaisseaux des *bruits de souffle* dont il sera question plus tard.

A une époque plus avancée de la maladie, ou dès le début lorsque l'anémie succède à des évacuations sanguines excessives, les symptômes deviennent beaucoup plus caractéristiques. La pâleur est telle qu'on l'a comparée à la couleur de la cire blanche un peu jaunie par le temps. La *peau* paraît amincie et est plus molle, les *muqueuses* ont une couleur moins foncée; la conjonctive est décolorée, sans ramification vasculaire apparente; elle a une transparence plus grande. Les vaisseaux veineux sont à peine visibles au-dessous d'elle, ou même ils disparaissent entièrement. La *face* est plus ou moins bouffie; souvent il se produit des infiltrations de sérosité dans le tissu cellulaire.

(1) *Comptes rend. de l'Acad. des sciences*, 5 mars 1850.
(2) *Journal hebdomadaire de médecine*.
(3) Voy. Hallé, *Observ. sur une maladie qu'on peut appeler anémie* (*Journ. de méd. et de chirurg.*, an XIII).

ıssion et l'auscultation ont été appliquées à l'étude de cette maladie. La 'a fourni aucun renseignement vraiment utile; il n'en est pas de même ıde. Les recherches de Hope, de MM. Bouillaud (1) et Vernois (2), ont 'existence constante d'un *bruit de souffle simple ou à double courant*, *musical*, déjà signalé par Laënnec, d'un *ronflement*, d'un *bruit de* ., dans les vaisseaux, et notamment dans ceux de la partie supérieure Je dis dans les vaisseaux, et non dans les artères, parce que, suivant t dans les veines que se produisent quelques-uns de ces bruits. Mais c'est ır lequel je reviendrai à propos de la chlorose. Je peux cependant dire et sans rien préjuger sur le *murmure veineux* décrit par Hope, qu'il emment un bruit de souffle dans les artères. Les expériences de M. Ver- ›rouvé. Suivant cet auteur, le bruit est produit par le frottement du sang ois artérielles qui, en se contractant, se sont froncées. D'après M. Bouil- uit est dû probablement à la vivacité convulsive avec laquelle une petite sang est expulsée par le cœur à travers une cavité, un orifice devenus . Les expériences de M. Delaharpe (3) et de M. Aran (4) nous ont appris causes produisent, en effet, le bruit dont il est question, elles ne sont ins les seules. En poussant des injections dans les artères, ils ont vu que, quide était dense, plus les bruits de souffle produits étaient intenses. ux du sang des anémiques est donc une des causes du bruit de souffle luit dans les artères.

s, dans l'anémie, devient petit et faible; cependant il conserve encore ;rande vivacité, c'est-à-dire qu'il passe rapidement sous le doigt. Lorsque est portée à un haut degré, la sensibilité au froid, le froid des extré- lipothymies, les syncopes, surtout dans la position verticale; des étour- ; une sensation de vague dans la tête; parfois des convulsions, l'engour- les fourmillements des membres; le découragement; des troubles in- tels que des douleurs d'estomac, le dégoût pour les aliments substantiels, s, des vomissements; ordinairement la constipation; parfois des selles demi-liquides : tels sont les phénomènes qui se produisent et qui peu- ıire les malades au tombeau.

ces symptômes sont portés au plus haut degré, le malade est tellement il peut à peine soulever ses membres; on en a vu des exemples après le d'Albertini et de Valsalva. Dans les cas où l'affection sévit sous forme , comme chez les ouvriers mineurs, il peut exister quelques phénomènes s. Dans l'épidémie d'Anzin, les accidents intestinaux étaient remarqua- celle de Schemnitz, en Hongrie, le brisement des membres au début et n du tissu cellulaire méritent, d'après la description de Hoffinger, d'être ement notés. Mais il résulte des recherches de MM. Becquerel et Rodier (5)

'é *clinique des maladies du cœur*. Paris, 1841, t. I, p. 234. — *Bulletin de l'Aca- 'decine*, 1859, t. XXIV, p. 501 et suiv.
›ruits des artères. Paris, 1837, in-4, avec pl.
ptes rendus de l'Acad. des sciences, 5 mars 1850.
. *gén. de méd.*, 1838, 3e série, t. III, p. 33.
anémie par diminution de proportion de l'albumine du sang, etc. (*Comptes rendus les sciences*, 1850, et *Union médicale*, 7 mars 1850).

que, dans ces cas, il devait y avoir en même temps *diminution de la proportion d'albumine*, car l'anémie ne peut pas par elle-même produire l'hydropisie. Au reste, sous ce rapport, ces épidémies ne diffèrent pas de la plupart des autres, qui ont toujours quelque chose qui sort de la règle commune.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de l'anémie est graduelle ; lente dans les cas ordinaires, elle peut être très rapide dans les épidémies et à la suite de saignées très abondantes. Aussi la *durée* de l'affection ne peut-elle être indiquée d'une manière très précise. Elle peut être très longue ; c'est ce qui a lieu dans l'anémie sporadique spontanée, et dans les cas où l'appauvrissement du sang est dû à des hémorrhagies très peu abondantes, fréquemment et longtemps répétées. Quand la *terminaison* est favorable, on voit d'abord se colorer le bord libre des lèvres et des paupières ; les forces se relèvent ; la face perd son expression de langueur et de mélancolie. Puis les pommettes rougissent, et les diverses fonctions se rétablissent. Dans le cas contraire, on voit souvent, après plusieurs alternatives de mieux et de plus mal, les symptômes s'accroître rapidement, les accidents du tube digestif et l'infiltration augmenter, et les malades s'éteindre. L'hydropisie est une suite naturelle de l'anémie ; mais faut-il, avec Hoffinger, regarder la phthisie, qui s'est montrée quelquefois après cette affection, comme produite par elle ? C'est ce qui n'est pas vraisemblable.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les *lésions anatomiques* sont nombreuses, mais la principale est la diminution de la quantité normale des globules. Tandis que cette quantité est, terme moyen, 127 sur 1000, ainsi que nous l'avons vu à l'article *Pléthore*, dans l'anémie, elle peut descendre à 28 ; mais rarement la diminution est portée aussi loin, et les nuances sont nombreuses. Quant aux autres matériaux, M. Andral a trouvé que la fibrine et l'albumine du sérum ne diminuent pas, ou ne diminuent qu'assez tard dans l'anémie spontanée : preuve que la diminution des globules est son caractère anatomique essentiel. Mais il n'en est pas de même dans les anémies qui succèdent à des pertes de sang très considérables ; alors la sécrétion qui se fait dans l'intérieur des vaisseaux pour combler le vide produit étant purement aqueuse, la proportion de la fibrine et de l'albumine peut être beaucoup moindre qu'à l'état normal. Dans ces cas, le sang qu'on trouve dans les vaisseaux ressemble à la sérosité rougeâtre de certains épanchements, et ce sont eux qui ont reçu plus particulièrement le nom d'*hydrémie*. Quant aux autres lésions, elles ne sont que des conséquences de cet état du sang ; ce sont : la vacuité des vaisseaux, la décoloration des tissus, les diverses infiltrations. Il est inutile d'insister plus longtemps sur ce point.

Les lésions chroniques, cancer, tubercules, etc., dans le cours desquelles s'est développée l'anémie, doivent moins encore nous arrêter.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de l'anémie ne présente ordinairement aucune difficulté. Peut-être, dans quelques cas, on pourrait se demander si l'état de langueur, d'affaiblissement et de décoloration dans lequel se trouvent les malades n'est pas causé par

e organique plutôt que par un simple appauvrissement du sang. Mais pas, à cet égard, établir de règle fixe de diagnostic : c'est au médecin à ; organes et les fonctions. On devra, en particulier, examiner le foie, ıladies se lient aux hydropisies, et donnent lieu à des colorations parti- i pourraient en imposer.

épidémies observées chez les mineurs, on trouve, ai-je dit, quelques particuliers; mais il suffit d'être averti de leur existence pour qu'on ne pas imposer par eux. La maladie diffère d'ailleurs de toutes les autres : points, qu'on n'en voit pas avec laquelle on pourrait la confondre.

niques sont sujets à des palpitations plus ou moins violentes, qui quel- été prises pour un symptôme de maladie du cœur. J'ai déjà signalé les notables que présentent les divers cas; je les rappellerai à l'article

ınc la *chlorose;* mais c'est un sujet que je ne dois aborder qu'après la de cette dernière maladie. Il s'agira alors de rechercher si, comme ıédecins l'ont pensé, la chlorose diffère réellement de l'anémie.

ostic est très variable suivant les cas. S'il s'agit d'une anémie survenue 'évacuations sanguines excessives ou d'hémorrhagies abondantes, on en acilement, à moins que les hémorrhagies n'aient pour cause une lésion ıémie spontanée est plus rebelle; mais si elle n'est due qu'à des condi- niques qui n'ont pas agi avec une énergie extrême, et qu'on peut faci- nger, on rend encore facilement les malades à la santé. Enfin, dans les chez les mineurs, on a pu, par un traitement approprié, guérir la jorité des malades; mais il en est quelques-uns qui, en dépit de tous les ıt fini par succomber après un temps plus ou moins long. Il est bien ıe je mets de côté les cas où l'état anémique est dû à une lésion orga- ınique; la gravité de la maladie ne vient pas alors de l'anémie, mais de ui l'a causée.

§ VII. — Traitement.

ois pas devoir m'étendre longuement sur le traitement de l'anémie. Ce xposer à des redites inutiles; car, dans l'article suivant, à l'occasion de , j'aurai à exposer presque tous les remèdes opposés à la maladie dont occupons. Je vais donc me borner à indiquer quelques moyens spé-

némie qui survient après d'abondantes évacuations sanguines, il faut, e est portée au point de compromettre l'existence, ou si elle occasionne, : mouvement, des syncopes effrayantes, placer les malades dans la *posi- ntale ;* interdire les grands mouvements; appliquer, si le cas est urgent, *res* sur les cuisses et les bras, pour maintenir dans le centre circulatoire nte quantité de sang. Je n'ai pas besoin de dire que si l'hémorrhagie il faudrait s'empresser de l'arrêter par tous les moyens connus (1).

voir paré à ces trois premiers inconvénients, il faut relever les forces et r le sang. On y parvient assez facilement, lorsque les accidents ne sont

les art. *Épistaxis*, *Hémoptysie*, etc.

pas extrêmes, à l'aide des *toniques* et des *analeptiques*. Le quinquina, un peu de vin généreux, la gelée de viande, etc., suffisent ordinairement. Pour hâter le retour à la santé, aucun moyen n'est préférable aux *ferrugineux;* je m'étendrai avec détail sur leur emploi dans le traitement de la chlorose.

M. le docteur von Mauthner (1) nous dit qu'il a constaté par de nombreuses expériences que l'*extrait de sang de bœuf* rend de très grands services dans certains cas d'anémie chez les enfants quand les préparations ferrugineuses sont mal supportées. Il l'administre en poudre ou dissous dans l'eau à la dose de 50 centigrammes jusqu'à celle de 4 grammes. *Pour préparer cet extrait,* il suffit de prendre du sang de bœuf frais, de le passer au tamis, et de l'évaporer au bain-marie jusqu'à siccité.

Quelques *frictions* sèches, aromatiques, sur les membres et sur la région précordiale ; un *exercice modéré* dès que les forces le permettent ; la soustraction des malades aux mauvaises conditions hygiéniques qui ont causé le développement de la maladie, complètent ce traitement, qui, je le répète, n'est présenté ici qu'en abrégé, parce qu'il doit être longuement exposé plus loin.

ARTICLE XI.

CHLOROSE.

Dans le précédent article, j'ai décrit une maladie caractérisée par l'appauvrissement du sang; dans celui-ci, je vais en étudier une qui a de grands rapports avec elle, mais qui cependant, sous le point de vue pratique, présente quelques particularités intéressantes. Nous verrons à l'article *Diagnostic*, si ces particularités sont suffisantes pour en faire deux affections différentes.

Il est certain que la chlorose a été fort anciennement connue ; mais on ne saurait, avec F. Hoffmann (2), en trouver une indication précise dans les écrits d'Hippocrate. Rien de plus confus, en effet, que le peu de mots du médecin grec qui peuvent s'y rapporter (3), et c'est Hoffmann lui-même qui a le premier donné une description satisfaisante de la maladie. Depuis lors, un très grand nombre de travaux ont été publiés sur ce sujet, et la chlorose est une des maladies les mieux connues. Nous citerons le travail de M. Putégnat (4) comme un résumé très bon à consulter.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Dans l'état actuel de la science, on doit définir la chlorose : un état morbide caractérisé par une pâleur particulière de la face, par des troubles variés des diverses fonctions, avec langueur et faiblesse, et offrant, comme altération anatomique générale, une diminution d'abord des globules, puis des autres matériaux solides du sang. On voit déjà par là qu'il n'y a pas une différence bien notable entre cette affection et l'anémie. Les troubles plus grands des fonctions, et les cir-

(1) *Annales de la Flandre occidentale*, et *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, 15 août 1851.
(2) *Opera omnia, Suppl. sec.: Valetudinarium virginale*, cap. III, gen. 1760.
(3) *Des maladies des jeunes filles* (*Œuvres d'Hippocrate*, trad. par Littré, t. VIII, p. 407).
(4) *De la chlorose et des maladies chlorotiques*. Bruxelles, 1855.

substances dans lesquelles elle se développe, offrent seuls quelques dissemblances. Il me suffira donc, dans cet article, d'insister sur ces particularités.

C'est surtout d'après la coloration de la face qu'on a imposé à cette affection les diverses dénominations sous lesquelles elle est connue : *Fœdus color*, *chlorosma*, *pallidus morbus*, *icterus albus;* ou bien *green sickness*, mot employé par les Anglais, et *Milchfarbe* par les Allemands. Tous ces noms expriment l'altération du teint des malades. Comme cette affection attaque principalement les jeunes filles, on lui a aussi donné les noms de *morbus virginum*, *febris virginea*, etc. ; dénominations fondées sur une observation vulgaire et très superficielle.

La chlorose est une maladie *fréquente*, et par conséquent elle offre un intérêt réel au praticien, souvent appelé à la traiter.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

La chlorose se montre, dans la grande majorité des cas, à l'époque de la puberté. Cependant il n'est pas rare de la voir chez des sujets qui ont passé l'*âge* de vingt ans : les auteurs en contiennent d'assez nombreux exemples. Les *vieillards* n'en sont point atteints, ou du moins on n'a pas cité d'exemple de cette maladie chez eux. Les enfants en sont-ils affectés? Depuis Sauvages (1) on a cité un nombre considérable de cas de chlorose chez les *enfants*. Mais suivant plusieurs auteurs, et entre autres suivant M. Marshall-Hall (2), l'affection était, dans ces cas, une simple anémie différente de la chlorose. Récemment M. Becquerel (3) a soutenu la même opinion. Je dois dire que les différences signalées dans l'anémie des enfants et dans la chlorose des adolescents ne m'ont pas paru suffisantes : c'est une question qui reviendra plus tard.

Cette affection est si rare chez les hommes et si commune chez les femmes, qu'on lui a, comme on l'a vu plus haut, donné des noms qui ne sont applicables qu'à une affection propre au *sexe féminin;* mais plusieurs auteurs, parmi lesquels on peut citer Désormeaux, Copland (4), et plus récemment M. Tanquerel des Planches (5) et Uzac (6), ont vu des exemples de chlorose chez l'homme. Celui qui a été rapporté par M. Tanquerel est très bien caractérisé.

Les autres causes prédisposantes signalées par les auteurs sont celles de l'anémie, en sorte qu'il est inutile d'y revenir. J'ajouterai seulement que l'*habitation des villes* et les *habitudes de mollesse* ont une influence marquée sur la production de la chlorose. M. Marshall-Hall l'a trouvée extrêmement fréquente dans les manufactures où les enfants travaillent assis pendant des journées entières. Quant à la privation ou à l'abus des plaisirs vénériens, aux passions vives ou tristes, aux désirs contrariés, à l'usage d'aliments ou de boissons extraordinaires, ne doit-on pas y voir plutôt les signes d'une chlorose commençante qui déprave le goût et pervertit les facultés intellectuelles, qu'une cause même de maladie? On ne peut

(1) *Nosologie méthodique.*
(2) *Cyclop. of pract. med.*, art. CHLOROSIS.
(3) *Clinique des hôpitaux des enfants*, 3ᵉ année, p. 96 et 161.
(4) *Diction. of pract. med.* London, 1844, t. I, p. 314.
(5) *De la chlorose chez l'homme* (*Presse méd.*, juillet 1837).
(6) *De la chlorose chez l'homme*. Paris, 1854.

nier que, dans un bon nombre de cas, il n'en soit ainsi. Dans quelques-uns en est-il autrement? C'est ce qui n'est pas prouvé.

Une autre cause bien fréquente de chlorose, et qui a été bien longtemps méconnue, est la *grossesse*. Tous les jours on voit des femmes qui se présentent pour se faire soigner parce qu'elles éprouvent de la pesanteur de tête, des étourdissements, des palpitations, etc. Elles sont trompées, comme beaucoup de médecins, par la croyance que ces accidents sont dus à la pléthore, et de là bien des saignées inutiles et même nuisibles. C'est à M. Cazeaux (1) que nous devons d'avoir détruit cette erreur fâcheuse. Il a en effet démontré que tous ces symptômes doivent être attribués à une véritable chlorose. Il se fonde sur les résultats de l'analyse du sang, sur les symptômes, et enfin sur les succès du traitement par les ferrugineux, qui remédie promptement à tous les accidents.

2° Causes occasionnelles.

Rien n'est plus difficile à déterminer que les causes occasionnelles de la chlorose. Cette affection commence d'une manière si lente et si insidieuse, qu'il est presque impossible de dire si les circonstances signalées comme causes ne sont pas déjà les premières manifestations du mal. Par exemple, l'aménorrhée, la constipation, l'état du système nerveux doivent-ils être considérés comme les causes primitives de la maladie? Quelques auteurs l'ont pensé; mais outre qu'en admettant tantôt une de ces causes, et tantôt l'autre, ils se sont opposé des arguments puissants, on trouve dans la marche de l'affection et dans les diverses circonstances où elle se produit des objections à ces opinions si diverses. Comment admettre, par exemple, que l'aménorrhée soit la cause réelle de la maladie, lorsque non-seulement des femmes très abondamment réglées, mais encore des hommes, peuvent être chlorotiques? Ce qui a fait avancer ces assertions contradictoires, c'est qu'on n'a pas considéré l'ensemble des faits, mais seulement quelques cas plus ou moins frappants.

Quand on voit une aménorrhée succéder à une *frayeur*, et quelque temps après les signes de la chlorose se manifester, on est naturellement porté à croire que la suspension des règles est la cause déterminante qui nous occupe. Mais si l'on considère que la chlorose est loin de suivre toujours l'aménorrhée accidentelle, et que, dans les cas même où cette succession a lieu, les signes de l'altération du sang peuvent disparaître assez longtemps avant l'aménorrhée, on est déjà plus réservé dans son jugement, et bientôt les motifs de doute indiqués plus haut se présentent à l'esprit. Ce qui paraît le plus vraisemblable, c'est que ces états morbides, l'aménorrhée, les troubles intestinaux, peuvent, lorsqu'ils se sont produits, concourir à augmenter l'altération primitive du sang. Par là on explique la production de la chlorose, si fréquente à l'époque des premières menstrues, lorsque celles-ci s'établissent difficilement, et le soulagement général des malades, lorsqu'on a fait céder un symptôme local, la constipation, par exemple.

De tout cela il faut conclure, en définitive, que si la chlorose présente dans son apparition quelques particularités intéressantes, elle ne diffère pas jusqu'à présent d'une manière essentielle de l'anémie, puisque, en somme, c'est à l'état du sang, à

(1) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 19 février 1850, t. XV, p. 448.

nution de ses matériaux solides, et principalement des globules, qu'il faut ecours pour expliquer l'existence des symptômes et leur ordre d'apparition. peut donc pas assigner, d'une manière positive, des causes occasionnelles à rose. Si, dans quelques cas, on l'a vue se produire sous l'influence d'une n violente, ce sont là des faits exceptionnels qui ne peuvent servir à établir gle. Tout ce qu'il est permis de dire, c'est que les causes prédisposantes, que la vie sédentaire, un régime débilitant, etc., agissant à la longue sur l'éco-, altèrent la composition du sang, et deviennent ainsi des causes réellement inantes.

ne parle pas des *pseudo-chloroses* admises par quelques auteurs, parce s ne consistent qu'en une simple anémie qui vient compliquer des affections es.

§ III. — Symptômes.

is retrouvons ici le cortége des symptômes que nous avons notés dans l'ané-ontanée. Comme dans celle-ci, le *début* est ordinairement lent; il ne s'an- que par un peu de faiblesse, de langueur, la tendance au sommeil, quel-troubles digestifs.

s tard, les sujets affectés de chlorose acquièrent le *teint* regardé par bien médecins comme caractéristique. Cependant on voit des femmes qui, avec es autres symptômes de l'affection, conservent une coloration normale esque normale de la face. Il faut être prévenu de cette circonstance, traitement peut dépendre du jugement porté sur l'absence de ce signe. nt chlorotique est variable. Tantôt c'est une nuance blafarde, tantôt une pâ-unâtre, tantôt une coloration légèrement verdâtre. La décoloration des lèvres, rd libre des paupières, la teinte bleuâtre de la conjonctive, le regard languis-e retrouvent dans la chlorose, comme dans l'anémie précédemment décrite. peau de toute la surface du corps participe à la décoloration, et, de plus, les acquièrent une certaine *bouffissure* qui, pour être plus remarquable à la face paupières, n'en est pas moins sensible parfois dans les autres parties du On y remarque en même temps cette demi-transparence qui distingue la ration chlorotique de la pâleur des affections chroniques dont l'aspect est si nt terreux.

phénomènes qui sont le plus remarquables dans la chlorose sont les divers les du système nerveux. Tous les médecins, surtout depuis Hoffmann, qui in-sur ce symptôme, ont remarqué la *céphalalgie* souvent intense et toujours nte par sa ténacité, qui se montre dans cette maladie. Mais des douleurs se ussi sentir dans beaucoup d'autres endroits du corps, et principalement dans rois de la poitrine et de l'abdomen. Ces douleurs, dont il est quelquefois dif-de préciser le siége, occupent souvent d'une manière évidente le trajet des et alors on observe diverses espèces de *névralgies :* ainsi les névralgies in-stale, lombo-abdominale, avec leurs variétés et leurs symptômes divers, tels seront décrits plus tard. Ces douleurs tourmentent beaucoup les malades la journée, mais il est bien rare qu'elles troublent le *sommeil*, qui, au contraire, ès *profond*, contrairement à l'opinion de M. Sandras (1), qui regarde l'in-

Journ. des connaiss. méd.-chir., 1er décembre 1852.

somnie comme une complication très fréquente. Nous les avons vues existe que quelques auteurs ont plus particulièrement nommé l'*anémie;* sont-intenses et plus remarquables dans les cas regardés par eux comme de v chloroses? C'est ce qui n'est pas démontré.

M. Sandras (1) a reconnu qu'il se développe, sous l'influence de l'éta tique, des paralysies, et ce qui prouve qu'il en est ainsi, c'est qu'il est touj venu à les guérir par les pilules de Vallet et l'électricité. Les cas qu'il cit tiennent à la *paraplégie*, à la *paralysie faciale* et à la *paralysie générale*, sa de l'intelligence. Je reviendrai sur ce point important à l'occasion des *pa*

La chlorose étant au fond une anémie, il n'est pas surprenant qu'on ai dans cette maladie les troubles cérébraux qui accompagnent cette altér sang. Ils sont quelquefois portés à un si haut degré, qu'on a noté l'existen véritable *manie*. M. Marshall-Hall (2) en a observé deux cas qu'il a mention son article. M. Sandras (3) en cite également deux cas; pour ce médeci les formes de l'aliénation mentale peuvent avoir également leur origin chlorose ou l'anémie.

Les *fonctions digestives* sont fréquemment, mais non toujours M. Blaud (4) a cité des observations dans lesquelles ce symptôme était marqué, et n'aurait pas fixé l'attention si elle n'était naturellement appel point dans cette maladie; j'en ai actuellement sous les yeux un exemple, les autres symptômes de la chlorose soient portés au plus haut degré. C' les cas où les symptômes du côté du tube digestif sont très prononcés, observé ces cas de *pica* et de *malacia*, c'est-à-dire de désir impérieux p substances non alimentaires et même repoussantes, comme le charbon, l les excréments même, suivant Hoffmann, ou une appétence exclusive d' particuliers, comme les mets épicés, vinaigrés, etc. Ces perturbations des f de l'estomac peuvent s'accompagner de douleurs de cet organe et des i viscéralgies qui se rapprochent des douleurs nerveuses mentionnées pl C'est en pareil cas que les ferrugineux ont une grande efficacité dans les viscérales, ainsi que l'ont démontré MM. Trousseau et Bonnet (5).

La *constipation* est un symptôme si fréquent que, depuis Hoffmann, il tous les médecins qui se sont occupés de la chlorose. Elle est souvent très o et M. Marshall-Hall, qui y attache une grande importance, a trouvé en indication précieuse pour le traitement de la maladie.

Lorsque la chlorose est portée à un haut degré, les troubles de la cir peuvent être aussi intenses que dans l'anémie qui suit les hémorrhagies abo Des *palpitations*, avec impulsion notable à la région précordiale, fatiguent lades. Le pouls est vif, souvent accéléré; à la moindre émotion, les sujets sent, ce qui annonce la mobilité de la circulation. Les battements des artères pas toujours petits et concentrés; ils offrent assez souvent une largeur not

(1) *Loc. cit.*
(2) *Loc. cit.*, p. 379.
(3) *Loc. cit.*
(4) *Revue médicale*, 1832, t. I, p. 337.
(5) *Sur l'emploi du sous-carbonate de fer dans les douleurs de l'estomac* (*Arch. méd.*, 1832, t. XXIX et XXX).

e que les vaisseaux sont pleins de liquide; mais ce liquide présente une grande ondance de sérosité. C'est là l'état que M. Beau (1) a désigné sous le nom de *re séreuse*. La *mollesse du pouls*, selon M. Sandras (2), est un des signes gnomoniques de la chlorose.

us les auteurs ont parlé dans ces derniers temps d'un phénomène remarc qu'on observe chez les chlorotiques : c'est le *bruit de souffle* constaté par ultation. Au cœur, on observe parfois un *bruit de souffle au premier temps*. qu'on applique le stéthoscope sur les côtés du cou, suivant le trajet des artères des, on entend un bruit fort, ordinairement continu ou à double courant, is musical, désigné sous les noms de *bruit de souffle*, *bruit de diable*, *bruit nu*, *murmure artériel*, *chant des artères*, ou *murmure veineux*. On voit par l'on n'est pas d'accord sur le siége de ces bruits. Laënnec, MM. Bouillaud, ois, Beau, etc., ne doutent pas que le bruit ne se passe dans les artères mêmes; en Angleterre, le docteur Ward (3), et plus tard Hope (4), se sont livrés à des iences qui ont fortement ébranlé cette opinion. M. Aran (5) est récemment joindre ses observations à celles de ces médecins, et est arrivé aux mêmes conns. Il résulte des faits observés par ces derniers auteurs, et des expériences récentes de M. Monneret (6), que c'est dans les veines que se passe le murcontinu (*venous or continuous murmur*, Hope), puisque, en comprimant u moins les veines jugulaires internes ou externes, suivant les cas, on aug-e, diminue ou fait disparaître ce murmure; tandis qu'un souffle simple peut e se faire entendre dans les carotides, lorsque le premier a été entièrement imé. Cette dernière considération est d'une grande force; mais ce n'est pas lieu de me livrer à une discussion qui m'entraînerait hors de mes limites. Je seulement que, dans l'état actuel de la science, on doit admettre l'existence ux bruits de souffle vasculaire chez les chlorotiques : l'un simple, ayant son dans les artères et correspondant à la diastole artérielle; l'autre double ou nu, ayant son siége dans les veines. C'est aussi la conclusion qu'ont adoptée Barth et Roger (7) dans leur ouvrage.

cause physique de ces bruits anormaux a encore soulevé des discussions. ernois a conclu de ses recherches sur les animaux morts d'hémorrhagie (8), e bruit de souffle était produit par le frottement du sang sur les parois des aux revenues sur elles-mêmes et un peu froncées. D'après M. Beau, la plénidu système vasculaire s'opposerait à ce qu'on adoptât cette explication; mais objection ne s'applique pas aux cas d'anémie par hémorrhagie, et n'a de force lans les cas d'anémie spontanée ou dans ceux de chlorose dont il s'agit ici. elabarpe (9) a démontré par des expériences sur le cadavre que les bruits des es dépendaient et de la rapidité du cours du sang, et surtout du peu de den-

(1) *Traité expérimental et clinique d'auscultation*. Paris, 1856, p. 461.
(2) *Loc. cit.*
(3) *Gazette med. of London*, 1837.
(4) *A treatise on the diseases of the heart*, p. 109 et suiv.
(5) *Arch. gén. de méd.*, août 1843.
(6) *Études sur les bruits vasculaires et cardiaques* (*Union médicale*, 1849).
(7) *Traité pratique d'auscultation*, 2ᵉ édit. Paris, 1850.
(8) *Des bruits des artères*. Paris, 1837, in-4.
(9) *Archives gén. de méd.*, 3ᵉ série, 1838, t. III, p. 33.

sité du liquide injecté. M. Aran est arrivé au même résultat en poussant des injections dans les veines. L'état séreux du sang est donc la principale cause de ces bruits anormaux.

Les *hémorrhagies* sont rares dans la chlorose, et nous allons voir que même les flux sanguins normaux sont troublés ou supprimés. Cela tient évidemment à la pauvreté du sang, qui ne permet pas aux congestions locales de se produire. Mais si, par une cause quelconque, une voie est ouverte aux hémorrhagies naturelles ou accidentelles, *on a peine à arrêter le sang*, et la cause en est dans la grande fluidité de ce liquide. Ces évacuations sanguines viennent encore ajouter à l'intensité de la maladie.

Les troubles de la *menstruation* sont, comme je l'ai déjà dit, très remarquables dans la chlorose. Si cette affection survient avant que les jeunes filles soient encore réglées, on voit, au lieu de l'apparition des premières menstrues, apparaître les premiers symptômes de la maladie, et les sujets passer peu à peu d'un état florissant à l'état de langueur décrit plus haut. Quelquefois une première apparition des règles a lieu, mais pénible, accompagnée de douleurs, de leucorrhée, de malaise général, puis elle ne se reproduit plus, ou est suivie de menstrues plus difficiles encore et moins abondantes. Dans d'autres cas enfin, après avoir eu pendant plus ou moins longtemps leurs règles, et avoir passé par une ou plusieurs grossesses, les femmes voient le flux sanguin diminuer, devenir plus aqueux, s'accompagner d'hystéralgie, et se supprimer plus ou moins complétement. Lorsque les menstrues existent encore, elles provoquent, avant et après leur apparition, une leucorrhée plus ou moins abondante qui ajoute à la faiblesse des malades et augmente les troubles digestifs.

Chlorose ménorrhagique. — Les cas dans lesquels les choses se passent ainsi sont de beaucoup les plus fréquents. Mais il en est d'autres sur lesquels M. Trousseau (1) a récemment attiré l'attention, et qui se présentent avec des caractères différents. Les règles, loin d'être arrêtées, sont beaucoup plus abondantes qu'elles ne l'étaient avant la maladie; elles durent plus longtemps; le sang est aqueux, tachant à peine le linge, quelquefois sale, et les malades présentent ordinairement à un haut degré les symptômes précédents. Pour ceux qui font de l'anémie et de la chlorose une maladie toute différente, ces cas ne seront peut-être que des cas d'anémie provoquée par la métrorrhagie. Mais il faut remarquer que la métrorrhagie elle-même n'a été, dans la plupart des cas cités, qu'une conséquence d'un état maladif antérieur, qu'on ne pouvait rapporter qu'à la chlorose commençante. M. Trousseau ayant observé que les hémorrhagies utérines ne se produisaient guère qu'aux époques menstruelles plus ou moins avancées seulement, a donné à cette forme de l'affection le nom de *chlorose ménorrhagique*. Elle mérite toute l'attention du praticien; car si l'on ne connaît pas la cause des métrorrhagies, on peut longtemps fatiguer inutilement les malades par les hémostatiques. Suivant M. Trousseau, cette forme de la chlorose se trouverait dans un douzième des cas environ; mais cette proportion n'est pas encore rigoureusement établie.

Chlorose syphilitique. — M. Ricord (2) a décrit une espèce particulière de chlo-

(1) *Journ. des connaiss. méd.-chir.*
(2) *Bulletin gén. de thérap.*, août 1844.

rose qui se produit chez les syphilitiques et qui exige l'emploi des antisyphilitiques combinés avec les ferrugineux. Cet état mérite d'être connu. Voici la description qu'en donne ce médecin :

« La circulation sanguine peut présenter, chez eux, toutes les variétés qu'on rencontre dans la chlorose en général ; il en est de même pour la sensibilité et la myotilité ; l'affaiblissement physique et moral sont souvent aussi prononcés et même quelquefois davantage : le visage terne, l'œil éteint, indiquent bien que le sang ne jouit plus des mêmes propriétés.

» Comme premiers symptômes additionnels, surviennent un état de courbature générale, ou bien des douleurs rhumatoïdes désignées par quelques auteurs sous la dénomination de rhumatisme syphilitique. Ces douleurs, comme les douleurs ostéocopes, se montrent la nuit seulement, ou éprouvent des exacerbations nocturnes. Elles ont ceci de particulier, qu'elles siégent dans le voisinage des articulations sans y déterminer ni gonflement ni changement de couleur à la peau, et sans que la pression, en général, les éveille ou les accroisse. Plus souvent encore, on observe des céphalalgies, des céphalées, des hémicranies, faciles à confondre avec la migraine. Des douleurs névralgiques offrant, dans quelques circonstances, la plus parfaite analogie avec les névralgies vulgaires qui ont pour siége la cinquième paire. Dans quelques cas, ce sont des douleurs névralgiformes de la septième paire, et la paralysie assez fréquente du nerf facial.

» Il n'est pas rare, à cette période, de voir survenir une alopécie partielle ou générale. Mais déjà, sur la très grande majorité des sujets, les ganglions cervicaux postérieurs ou latéraux, et quelquefois les ganglions mastoïdiens, sont pris d'engorgements indolents. Quelques malades, cependant, ont éprouvé une gêne du cou, une espèce de torticolis. Tous ces symptômes constituent une première manifestation d'accidents secondaires, rarement précédés ou accompagnés de mouvements fébriles. Mais bien que jusque-là il n'y ait eu aucun autre symptôme pathognomonique, aucune éruption caractéristique d'infection constitutionnelle, la chlorose syphilitique peut déjà être reconnue et convenablement traitée. »

Pour compléter le tableau symptomatique de la chlorose, il suffit de signaler l'existence des syncopes, des infiltrations considérables, des accumulations de sérosité dans les grandes cavités séreuses, symptômes qui ne se montrent que dans les cas où la maladie a fait de très grands progrès.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

On ne peut pas dire avec Hoffmann que cette maladie devient chronique lorsqu'on la laisse s'invétérer : dès le début elle a ce caractère. Du reste, sous le rapport de la *marche*, elle ne présente rien de particulier, si ce n'est une assez grande variation dans l'ordre d'apparition des symptômes. Quant à la *durée*, elle est indéterminée. Abandonnée à elle-même, la maladie peut cesser spontanément chez les jeunes filles, et alors, après plusieurs alternatives, la menstruation finit par s'établir régulièrement. Mais ordinairement la chlorose ne tend nullement à se dissiper. Aujourd'hui que nous connaissons toute l'efficacité des ferrugineux, nous pouvons dire que, dans l'immense majorité des cas, la *terminaison* de la chlorose est heureuse. Cependant on ne doit pas regarder la maladie comme de peu d'importance,

car quelques malades sont emportés par une *mort subite*. M. Marshall-Hall en cite quatre exemples dont il a été témoin.

§ V. — Lésions anatomiques.

Dans la chlorose commençante, diminution des globules du sang; et dans la chlorose portée à un haut degré, diminution plus grande de ces globules en même temps que des autres matériaux solides, tels sont les caractères anatomiques essentiels de la chlorose. Il en résulte que le sang est plus aqueux, moins coloré, plus fluide. Ce sont ces caractères qui ont confirmé M. Andral dans son opinion sur la cause organique de la chlorose; et en étudiant attentivement la maladie, on ne peut s'empêcher d'y voir avec lui une anémie survenant parfois dans des circonstances particulières. On a trouvé aussi dans le sang des chlorotiques moins de fer qu'à l'état normal, c'est ce qui résulte en particulier des recherches de M. Fœdish. Quant aux infiltrations, à la décoloration des tissus, etc., ce sont des altérations anatomiques qui résultent de la lésion primitive du sang, et celles que quelques auteurs ont encore signalées ne sont que des complications.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

D'après ce qui précède, j'ai très peu de chose à dire sur le *diagnostic*. D'une part, les maladies chroniques que l'on pourrait confondre avec la chlorose s'en distinguent, comme l'anémie, par des symptômes locaux; et, d'autre part, l'anémie elle-même ne doit pas être mise en parallèle avec l'affection qui nous occupe, puisque nous avons vu que leurs symptômes sont communs, sauf quelques particularités, et que bientôt nous devrons les confondre dans le même traitement.

Restent donc les *affections du cœur*. On a pu quelquefois, lorsque la chlorose donnait lieu à des palpitations fortes, croire à l'existence d'une de ces affections; mais aujourd'hui on les distingue très bien. Les dernières offrent à la région précordiale une matité plus ou moins étendue, des bruits de souffle à l'un et à l'autre temps, bornés à cette région ou peu étendus au delà, et enfin une stase sanguine ou une surexcitation de l'appareil circulatoire bien différente de l'état anémique de la chlorose, qui, de son côté, offre des bruits anormaux, principalement dans les vaisseaux. Il serait donc inutile d'insister plus longuement sur ce diagnostic, qu'on trouve dans les divers articles sur les affections du cœur (1).

Le *pronostic* est, comme je l'ai dit plus haut, généralement peu grave. Cependant nous avons vu que les sujets étaient exposés, quoique dans des cas très rares, à la mort subite; et, de plus, il est de fait que, lorsqu'on laisse la maladie s'invétérer et parvenir à un très haut degré, la guérison devient difficile. Les grandes infiltrations séreuses constituent un symptôme qui doit exciter la sollicitude du médecin.

§ VII. — Traitement.

Avant qu'on eût appliqué au traitement de l'anémie l'emploi des ferrugineux, le médecin s'efforçait, non sans quelque embarras, de saisir toutes les indications que pouvaient lui offrir les divers symptômes. Aujourd'hui que l'action du fer sur

(1) Voy. *Hypertrophie, rétrécissement, insuffisance des valvules.*

l'économie est bien connue, on en fait la base du traitement, et les autres moyens ne sont mis en usage que comme auxiliaires. Je ne présenterai pas la série innombrable des remèdes opposés à la chlorose; ce serait encombrer la thérapeutique sans profit et détourner l'attention d'un médicament excellent sur d'autres dont l'efficacité est problématique. Quand on connaît le vrai remède curatif d'une maladie, il faut laisser dans l'oubli tous ceux qui ne lui viennent pas directement en aide.

Emissions sanguines. — Hippocrate recommandait la saignée dans des cas dont quelques-uns peuvent appartenir à la chlorose. F. Hoffmann, tout en reconnaissant l'utilité de ce moyen, pense néanmoins qu'il ne faut en user qu'avec précaution, et jamais lorsque les individus sont très débilités. Aujourd'hui que la maladie est mieux connue, les émissions sanguines sont proscrites avec raison. Il faudrait qu'une phlegmasie survînt pour qu'on fût autorisé à s'affranchir de cette règle, et encore, en pareil cas, faudrait-il être plus sobre de la saignée que dans tout autre. Comme moyen contre la chlorose, les émissions sanguines n'offrent que du danger.

Ferrugineux. — Les préparations ferrugineuses sont le moyen par excellence à opposer à la chlorose. M. Blaud, qui a contribué plus que tout autre à mettre cette vérité hors de doute, les administre d'une manière particulière qui mérite d'être connue.

TRAITEMENT DU DOCTEUR BLAUD.

Ce traitement consiste principalement dans l'emploi des pilules suivantes :

Pilules de Blaud.

℞ Sulfate de fer........... 16 gram. | Carbonate de potasse........ 16 gram.

Mêlez avec quantité suffisante de poudre de réglisse, de gomme adragante et de sirop simple. Faites quarante-huit pilules.

Suivant M. Blaud, le carbonate de fer, formé au moment du mélange des deux sels, est dans une division extrême, et peut être plus facilement absorbé que s'il était administré seul.

Maintenant voici comment il dirige son administration :

Le 1er, le 2e et le 3e jour...	*une* pilule matin et soir.
Le 4e, le 5e et le 6e........	*une* pilule le matin, à midi et le soir.
Le 7e, le 8e et le 9e........	*deux* pilules matin et soir.
Le 10e, le 11e et le 12e.....	*deux* pilules le matin, à midi et le soir.
Le 13e, le 14e et le 15e.....	*trois* pilules le matin, à midi et le soir.
Les jours suivants.........	*quatre* pilules le matin, à midi et le soir.

Il n'est pas douteux que les pilules de Blaud ne soient une excellente préparation; les guérisons obtenues par elles sont extrêmement nombreuses. Ce médecin a même cité des cas où les pilules ordinaires de carbonate de fer, la limaille de fer, etc., ayant échoué, on a obtenu la guérison par sa préparation. Elles doivent donc être fortement recommandées. Mais dans ces derniers temps, M. Vallet, pour rendre la conservation des pilules plus facile, et pour éviter la transformation du proto carbonate de fer en carbonate de peroxyde peu soluble dans les acides de

l'estomac, a substitué le carbonate de soude au carbonate de potasse, et a envelopp les substances médicamenteuses de sirop de sucre et de miel, ce qui a produit l préparation suivante :

Pilules de Vallet.

℞ Sulfate de fer cristallisé pur.	500 gram.	Miel....................	300 gram.
Carbonate de soude pur	580 gram.	Sirop de sucre............	Q. s.

Mêlez les dissolutions des deux sels ; ajoutez 30 grammes de sirop par 500 grammes liquide. Laissez déposer dans un flacon à l'émeri. Décantez ; lavez avec de l'eau sucré Égouttez sur une toile imprégnée de sirop de sucre. Exprimez ; mêlez avec le miel ; évapo en consistance pilulaire. Faites avec gomme, q. s, des pilules de 2 décigrammes. Dose : deux à quinze par jour.

Cette préparation, fondée sur les mêmes principes que celle de M. Blaud, a de la même manière.

M. Dauvergne (de Manosque), ayant remarqué que la rapide oxygénation du ca bonate de fer nuit à son action, a employé avec grand succès (1) des pastilles fait ainsi qu'il suit :

Immédiatement après la précipitation et la filtration du sel de fer, incorporez avec le mucilage de gomme adragante ; ajoutez ensuite la quantité de sucre néce saire pour faire des pastilles aromatiques avec une essence.

M. Sélade (2), après avoir essayé de nombreuses préparations ferrugineuse donne la préférence à celle de M. Dauvergne.

Il serait facile de multiplier les formules. On en trouve une immense quant dans les auteurs ; mais celles que je viens d'indiquer étant très efficaces, je bornerai à signaler quelques-unes de celles qui ont été prescrites dans un b particulier.

Le *lactate* et le *citrate de fer* ont été donnés en pastilles. Ce qui a engagé à administrer, c'est qu'on a pensé que ces sels, plus solubles, seraient aussi plus faci ment absorbés. Mais rien ne prouve que ces médicaments agissent avec plus d'e cacité. Ces préparations n'ont d'autre avantage que d'être plus agréables à prend Elles pourront être employées chez les sujets très jeunes. En voici les formule

Pastilles de citrate de fer.

℞ Citrate de fer.........	ãã 10 gram.	Sucre....................	160 gram.
Acide citrique.........		Eau.....................	Q. s.
Essence de citron	4 décigr.		

F. s. a. des pastilles de 5 décigrammes. A prendre à la dose de quatre à six au début, p graduellement un plus grand nombre.

Pastilles au lactate de fer.

℞ Lactate de protoxyde de fer.	25 gram.	Sucre....................	500 gram.
Essence de menthe........	1 gram.	Eau distillée de menthe	Q. s.

F. s. a. des pastilles de 50 centigrammes. Dose : de six à douze.

(1) Voy. *Bulletin de thérap.*, t. XXIII.
(2) *Archives de la méd. belge*, février et mars 1846.

Ces substances ont encore été données en sirop, en pilules, dans des biscuits, etc. Mais il suffit d'indiquer ces préparations, qui se trouvent dans les officines. Des expériences suffisantes n'ayant pas été faites sur la plus ou moins grande efficacité des diverses préparations ferrugineuses, il est évident que le praticien doit, jusqu'à ce que ce travail ait été accompli, s'en tenir aux préparations qui ont pour elles le plus grand nombre d'expériences cliniques, et ce sont les premières que j'ai fait connaître. J'ajouterai donc simplement que la *limaille de fer* à la dose de 5 centigrammes à 1 gramme, le *sulfate de fer* à celle de 5 à 50 centigrammes, le *tartrate de fer* à la même dose, ont procuré de nombreuses guérisons, ainsi que le *fer réduit par l'hydrogène*, et beaucoup d'autres préparations employées plus particulièrement par divers médecins, ce qui prouve que le point essentiel c'est d'introduire le fer dans l'économie sous quelque forme que ce soit, et que ces diverses espèces de préparations n'ont pas une très grande importance. Aussi beaucoup de médecins s'en tiennent-ils encore à la *limaille de fer*, ou à l'ancien *safran de mars* (carbonate de fer), administré en pilules de 2 décigrammes, à la dose de quatre à vingt, et ils n'ont qu'à se louer de cette pratique. Toutefois j'ai dit que M. Blaud avait vu des cas, rebelles à quelques-unes de ces préparations, céder à la sienne; c'est là un fait qu'il ne faut pas oublier.

Ce grand nombre de formules dont on a encombré le traitement de la chlorose ne pourrait avoir quelque avantage que dans des cas où la maladie offrirait beaucoup de résistance; alors on pourrait prescrire tour à tour plusieurs de ces préparations, dans l'espoir d'en trouver une efficace. S'il en était ainsi, on devrait commencer par les sels insolubles, tels que le carbonate, et passer ensuite aux sels solubles, tels que le sulfate, le citrate et le lactate.

En même temps qu'on administre ainsi le fer, on fait boire aux repas, et même dans les intervalles, une assez grande quantité d'*eau ferrugineuse*, provenant de l'oxydation de quelques clous dans l'eau simple. Pour rendre ce mode d'administration plus agréable, on fait des eaux gazeuses ferrées, telles que la suivante :

℞ Eau	625 gram.	Acide citrique	4 gram.
Citrate ferrique sec	1 gram.	Bicarbonate de soude	5 gram.

Ajoutez d'abord le sel de fer et l'acide citrique ; puis le bicarbonate de soude ; bouchez immédiatement, et assujettissez le bouchon.

Cette préparation, due à M. Mialhe, n'a aucune saveur désagréable.

On peut extemporanément produire de l'eau ferrée gazeuse par le procédé employé pour la potion de Rivière. C'est ce que l'on fait de la manière suivante :

℞ Bicarbonate de soude	15 gram.	Sulfate de fer pur	15 gram.
Acide tartrique	25 gram.	Sucre	30 gram.

Mêlez au sulfate de fer et au sucre pulvérisé le bicarbonate de soude et l'acide tartrique en poudre grossière. Conservez dans un flacon bien bouché. Prendre, deux ou trois fois par jour, une cuillerée à cafe de cette poudre, qu'on introduit dans un verre d'eau sucrée, où elle produit une effervescence.

Je le répète, j'ai indiqué ces formules, parce qu'il peut se présenter des cas où l'on ait besoin de vaincre la répugnance de quelques malades, mais sans y attacher une grande importance sous le rapport thérapeutique.

M. Hannon (1), ayant trouvé du *manganèse* dans le sang, et ayant appris que M. Millon avait fait la même observation qu'il avait communiquée à l'Académie des sciences de Paris, a donné le manganèse aux anémiques, et en ayant obtenu de bons effets, il a modifié les pilules de M. Blaud de la manière suivante :

Sulfate de fer cristallisé...	400 gram.	Miel.................	300 gram.
Sulfate de manganèse pur..	100 gram.	Sirop de sucre..........	Q. s.
Carbonate de soude pur...	580 gram.		

A diviser en pilules de 10 centigrammes. Dose : de deux à dix pilules par jour dans la chlorose.

M. Pétrequin (2) vante également les bons effets du manganèse. « Dans les cas, dit ce médecin, où le fer semble avoir épuisé son action, dans d'autres où il semble dépouillé de ses vertus spécifiques, il y a indication à rechercher un adjuvant, et cet adjuvant, c'est le *manganèse* qui, comme le fer, entre dans la constitution des globules sanguins. »

M. Pétrequin donne le *fer* uni au *manganèse* sous la forme de *pilules*, de *pastilles*, de *sirops*, etc. Voici quelques-unes de ces formules :

Pilules de carbonate ferro-manganeux.

℞ Sulfate ferreux cristallisé pur.	75 gram.	Miel fin.....................	60 gram.
— manganeux cristallisé pur.	25 gram.	Eau.........................	Q. s.
Carbonate de soude cristallisé.	120 gram.		

Faire des pilules de 20 centigrammes. Dose : deux à quatre par jour.

Sirop d'iodure ferro-manganeux.

℞ Soluté officinal d'iodure ferro-manganeux contenant un tiers de son poids de proto-iodure de fer et de manganèse, dans la proportion environ de trois parties d'iodure ferreux et de une partie d'iodure manganeux....	6 gram.
Sirop blanc...	294 gram.

Mêlez. Une ou deux cuillerées par jour.

Pastilles de lactate ferro-manganeux.

℞ Lactate de fer et de manganèse.	20 gram.	Eau.......................	Q. s.
Sucre fin.................	400 gram.		

Faites des pastilles à la goutte de 0,5 grammes. Dose : six à huit par jour.

Purgatifs. — Après les ferrugineux, qui sont les principaux remèdes de la chlorose, il n'en est pas qui aient plus de valeur que les purgatifs. La constipation habituelle, à laquelle sont si sujettes les malades, a toujours engagé à y avoir recours, et Hoffmann a particulièrement insisté sur ce point. Le *jalap*, la *gomme-gutte*, les *sels alcalins*, sont à peu près indifféremment administrés, car il s'agit uniquement de tenir le ventre libre. M. Marshall-Hall, qui a étudié particulièrement la chlorose, pense qu'il faut unir les purgatifs aux ferrugineux. C'est à l'aloès

(1) *Presse médicale belge*, janvier 1848.
(2) Voy. *Bulletin général de thérapeutique*, 15 et 30 mai 1852

qu'il donne la préférence, et il recommande la formule suivante, qu'il regarde, dit-il, comme presque un spécifique.

℞ Aloès............. 0,10 gram.	Sulfate de fer............ 0,10 gram.

F. s. a. une pilule. On prescrira de deux à six pilules semblables chaque jour.

Digitale. —Les troubles de la circulation sont quelquefois si considérables, et les palpitations si fortes, qu'on ne doit pas attendre que l'action du fer les ait apaisées. C'est en pareil cas qu'on prescrit la digitale. M. Andral joint cette substance à la limaille de fer, ainsi qu'il suit :

℞ Poudre de digitale...... 60 centigr.	Thridace............... 2 gram.
Limaille de fer........ 2 gram.	Miel.................. Q. s.

F. s. a. trente-cinq pilules. *Commencer par deux ou trois par jour; augmenter graduellement le nombre jusqu'à dix ou douze.*

M. Riffaut (1) cite un cas où une maladie nerveuse, n'offrant que quelques signes de chlorose, résista au fer, et fut guérie par la *monésia* à la dose de 1 gramme et demi d'abord, puis graduellement jusqu'à 2 grammes et demi. Mais l'observation est loin d'être concluante, et M. le docteur Boureau (2), ayant voulu soumettre à ce traitement une véritable chlorotique, a échoué complétement. Le fait de M. Riffaut n'est donc pas simple; et d'ailleurs, que prouverait un fait contre des milliers de guérisons par les ferrugineux ?

Dans un cas de chlorose ou anémie sans lésion organique, M. Monneret (3) a employé la *transfusion du sang;* mais la malade succomba le même jour.

Moyens contre les douleurs nerveuses. —Les douleurs, dont les malades sont si souvent affectées, réclament plus impérieusement encore l'attention du médecin. Il est très vrai que, le plus souvent, le traitement de l'altération sanguine suffit pour faire disparaître ces symptômes, qui n'en sont qu'une simple conséquence. Mais il est des cas où ces douleurs ont une intensité qui ne permet pas d'attendre l'action du fer, et d'autres où elles sont moins liées à la chlorose qu'on aurait pu le croire, puisque le traitement et la guérison de celle-ci ne les font point disparaître. Les *opiacés*, dans les cas de viscéralgie, et les *vésicatoires volants*, dans les cas de névralgie, sont les moyens les plus efficaces. M. Marshall-Hall s'en est convaincu, puisqu'il dit qu'il est souvent nécessaire d'employer des remèdes particuliers contre les douleurs de la tête et du côté, et que le vésicatoire est le meilleur. Quand nous serons arrivés à l'histoire des névralgies, j'indiquerai la manière dont ce traitement doit être dirigé.

La *cautérisation des points douloureux avec le nitrate d'argent fondu* a, dans plusieurs cas cités par M. Marrotte (4), suffi pour enlever rapidement ces névralgies.

Quant aux viscéralgies, j'ai dit que les *opiacés* étaient utiles, mais c'est pour calmer les douleurs, et non pour les faire disparaître, car cet effet n'appartient qu'au

(1) *Journal des connaissances méd.-chir.*, mars 1844.
(2) *Bulletin général de thérapeutique*, avril 1844.
(3) *Bulletin de l'Acad. de médecine*, 14 octobre 1851, t. XVII, p. 41.
(4) *Journal des connaissances méd.-chir.*, 1er novembre 1851.

fer. C'est ce qu'ont observé MM. Trousseau et Bonnet, dans les cas où, sous l'influence du sous-carbonate de fer, ils ont fait disparaître les douleurs d'estomac rebelles. Souvent aussi les douleurs intestinales cèdent aux purgatifs.

M. Sandras (1) vante les bons effets des *bains à 26 degrés* pendant quatre heures tous les jours, comme moyen adjuvant. Suivant lui, cette médication a eu surtout pour effet de *faire cesser la toux.*

TRAITEMENT DE LA CHLOROSE MÉNORRHAGIQUE.

M. Trousseau a fait remarquer que, dans cette espèce de chlorose, il y avait deux indications à remplir. La première est de rémedier à l'altération du sang ; la seconde, de modérer le flux cataménial qui, par sa surabondance, tend à augmenter cette altération. Voici comment il faut procéder :

1° Dans l'intervalle des règles, administrer les ferrugineux suivant les formules précédentes ;

2° A l'époque des règles, un peu avant même, prescrire :

℞ Ergot de seigle fraîchement pulvérisé.................... 1 gram.

Dans une cuillerée de sirop ou dans un peu de confiture.

Cette dose doit être donnée deux fois dans les vingt-quatre heures, et, suivant M. Trousseau, il faut choisir, pour son admnistration, le moment de la journée où l'hémorrhagie a le plus d'activité ; mais rien ne prouve que cette précaution soit indispensable.

Dans un cas, j'ai obtenu une guérison prompte en administrant, dans l'intervalle des règles, le carbonate de fer en pilules, et en prescrivant, pendant l'hémorrhagie, la poudre suivante, qui a été conseillée par M. Trousseau contre la métrorrhagie abondante, mais à plus forte dose :

℞ Ergot de seigle pulvérisé... 4 gram. | Tannin............ 1,30 gram.

Divisez en six paquets. Dose : de un à trois par jour.

TRAITEMENT DE LA CHLOROSE SYPHILITIQUE.

M. Ricord a formulé ce traitement de la manière suivante :

« Le mode de traitement que j'ai adopté consiste dans la combinaison des ferrugineux et des mercuriaux, soit contre la chlorose, soit contre d'autres symptômes, s'il y en a, pourvu qu'il n'existe pas de contre-indication.

» En général, je donne la préférence aux pilules de Vallet, 6 à 18 par jour, et en trois doses. Je prescris, en même temps, le *proto-iodure de mercure* à la dose de 5 à 30 centigrammes, la tisane amère faite avec une décoction de houblon ou de saponaire, bien préférable à la salsepareille.

» Dans les accidents de transition des symptômes secondaires aux symptômes tertiaires, les *mercuriaux combinés à l'iodure de fer*, et mieux encore, à l'*iodure de potassium*, suffisent pour reconstituer le sang.

(1) *Loc. cit.*, 1er décembre 1852.

» On obtient le même résultat avec l'iodure de fer ou de potassium seuls dans les cas d'accidents tertiaires. »

Tel est le traitement fondamental de la chlorose. Faut-il parler maintenant de tant d'autres médicaments proposés contre cette maladie : de l'*eau de mer*, de l'*iode*, de l'*oxygène*, du *phosphore*, de la *strychnine*, de la *noix de galle*, de la *menthe*, etc.? J'ai examiné ce que les auteurs ont rapporté au sujet de ces médicaments, et je n'ai rien vu qui pût faire adopter de semblables moyens, à l'exclusion des précédents. Mais faut-il les joindre aux précédents? Tout porte à croire que, dans les cas où on l'a fait, ce sont ceux-ci qui ont agi. Laissons donc dans l'oubli des remèdes au moins incertains, et dont l'administration ferait perdre un temps précieux, puisque nous en avons d'autres dont l'efficacité est si bien démontrée.

Lorsqu'à l'aide des préparations ferrugineuses, on a réussi à faire disparaître l'altération du sang, il ne faut pas regarder le traitement comme entièrement terminé. Il faut continuer les soins hygiéniques qu'on aura dû prendre dans son cours, et que je vais exposer.

SOINS HYGIÉNIQUES PENDANT ET APRÈS LE TRAITEMENT DE LA CHLOROSE.

1° Si les malades occupaient un lieu, froid, humide, mal éclairé, mal aéré, les faire changer d'habitation, et les envoyer, s'il se peut, à la campagne.

2° Régime fortifiant, mais non excitant, composé principalement de viandes rôties et d'un peu de vin généreux. C'est, sans doute, non-seulement pour rendre le médicament plus agréable, mais encore pour joindre un aliment analeptique aux ferrugineux, qu'on prescrit le *chocolat de fer*, préparé par MM. Quevenne et Miquelard, selon la formule suivante :

℞ Fer réduit par l'hydrogène 20 gram. | Chocolat fin.......... 180 gram.

Mettez le fer dans le chocolat ramolli à une douce chaleur, et faites des pastilles de 1 gramme, dont on prendra de quatre à vingt par jour.

3° Exercice modéré en plein air.

4° Bains frais et bains de mer.

5° Aux époques menstruelles, si les règles tendent à se rétablir, les favoriser par les moyens connus : action de la vapeur d'eau sur le siége, etc.; on a vu que, dans la chlorose ménorrhagique, il fallait, au contraire, modérer le flux sanguin trop abondant.

Le régime qui favorise l'action des médicaments appropriés doit être suivi, je le répète, après la guérison, afin de prévenir des rechutes qui, dans cette maladie, se produisent facilement. Les auteurs sont d'accord sur ce point, sur lequel MM. Trousseau et Pidoux (1) ont insisté peut-être avec un peu d'exagération.

Le fer est le meilleur tonique dans cette maladie. Cependant on peut, à l'exemple de quelques médecins, y joindre, comme adjuvants, quelques toniques amers, et en particulier du vin de quinquina.

(1) *Traité de thérapeutique*, t. I.

Chlorose compliquée d'inflammation. — MM. Gintrac (de Bordeaux) et Andral ont cité des faits où une affection inflammatoire concomitante s'étant montrée chez des chlorotiques, la saignée générale et locale a produit de bons effets. Dans ces cas, souvent le fer n'est pas supporté avant qu'on ait fait disparaître l'inflammation (1).

Résumé, ordonnances. Il résulte des détails dans lesquels je viens d'entrer que les moyens employés contre la chlorose doivent être réduits à un petit nombre, qui sont : le fer, les purgatifs et les moyens dirigés contre les douleurs. Les autres ne sont qu'accessoires, ou ne doivent être mis en usage qu'accidentellement. Il s'ensuit que je n'ai point à multiplier les ordonnances, et j'ai d'autant moins à le faire, que les cas qui sortent de la règle générale ne pouvant guère être prévus, il faut laisser au praticien le soin de diriger contre eux les moyens appropriés.

Iʳᵉ Ordonnance.

DANS UN CAS DE CHLOROSE COMMENÇANTE.

1° Pour boisson, aux repas, eau ferrée ordinaire.

2° Tous les jours, au début du traitement, quatre pilules de Blaud, ou de Vallet (voy. pages 503 et 504); augmenter tous les deux jours de deux pilules cette première dose, jusqu'à ce qu'on en prenne de douze à vingt (2).

3° Légers purgatifs, ou association de l'aloès et du fer, suivant la formule de M. Marshall-Hall (voy. page 507).

4° Régime fortifiant; exercice.

Ce traitement suffit dans l'immense majorité des cas de chlorose.

IIᵉ Ordonnance.

DANS UN CAS DE CHLOROSE ANCIENNE, PORTÉ A UN HAUT DEGRÉ, AVEC PALPITATIONS ET DOULEURS NERVEUSES.

1° Pour tisane, infusion de petite centaurée, ou bien quelques tasses d'infusion de quinquina. Aux repas, eau ferrée.

2° Une des préparations ferrugineuses précédentes, et, si la maladie résiste, emploi d'un sel soluble : citrate, sulfate, lactate (voy. p. 504 et 505).

3° De 10 à 30 centigrammes de poudre de digitale dans un julep; ou bien association de la digitale et du fer, selon la formule de M. Andral (voy. p. 507).

4° Vésicatoires volants sur les points occupés par les douleurs névralgiques trop intenses pour qu'on puisse attendre l'action du traitement interne.

5° Purgatifs, *ut suprà.*

6° Régime, *ut suprà.*

Je ne crois pas devoir donner d'ordonnances particulières pour la *chlorose ménorrhagique* et la *chlorose syphilitique*, attendu qu'elles se trouvent à peu près toutes faites dans les détails présentés plus haut (voy. p. 508).

(1) Voy. *Bulletin gén. de thérap.*, mai 1846.

(2) Il serait inutile de dépasser cette dose. Des expériences ont prouvé qu'au delà le sel de fer ne pénétrait pas dans l'économie, mais était rejeté par les selles.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

rrugineux ; purgatifs ; digitale ; moyens contre les douleurs nerveuses ; ergot igle, tannin (*chlorose ménorrh.*) ; antisyphilitiques (*chlorose syphilit.*) ; toni- ; régime ; exercice ; bains de mer.

ARTICLE XII.

LEUCOCYTHÉMIE.

Cette affection, récemment découverte et décrite pour la première fois par le esseur Virchow (de Berlin), présente comme altération principale une aug- itation considérable du nombre des globules blancs du sang ou leucocytes. Le ı que l'auteur allemand a primitivement donné à cette affection est celui de ämie (λευκὸν αἷμα, sang blanc). Ce mot, transporté en français, est devenu *leu- nie*, et est encore employé par quelques auteurs. Le docteur Bennett (d'Edim- rg), qui réclame pour lui-même la priorité de cette découverte, a donné à ection le nom de *leucocythémie* (de λευκὸς κύτος, globule blanc, et αἷμα sang), ression qui vaut mieux que celle de *leukémie*, laquelle ne convient que pour igner une apparence laiteuse ou chyleuse du sang.

La leucocythémie, quoique récemment découverte, a déjà été le sujet d'un grand nbre de travaux publiés en Allemagne, en France et en Angleterre.

§ I. — Historique.

En 1845, M. Virchow (de Würtzburg) publia (1) une observation d'un mple de maladie cachectique non décrite, et consistant principalement dans altération spéciale du sang (caillots mous, blanchâtres, ressemblant à du pus). 1847, cet auteur publia une nouvelle observation semblable (2) et donna maladie le nom de *leukämie*. Dans la même année, il publia un nouveau mé- ire sur ce sujet (3). Il continua à signaler des faits semblables en 1848 et 1851. utres auteurs allemands, parmi lesquels M. Vogel, qui s'est principalement upé de l'analyse micrographique et chimique du sang, M. Uhle (4), qui a réuni s les faits connus de *leukämie* et se montant à vingt-sept, M. Griesurger, M. de ry, M. Schreiber, ont continué les recherches de M. Virchow, et ajouté de nou- les observations à celles qui avaient été faites. Le plus important de tous ces vaux est le long mémoire, publié en 1855 sur cette question, par M. Virchow (5). uteur y reconnaît deux formes de *leukämie* : 1° la *leukämie splénique*, consis- t dans l'augmentation du nombre des globules blancs avec hypertrophie de la e ; 2° la *leukämie lymphatique*, caractérisée par l'augmentation du nombre des ments lymphatiques, les globulins du sang, avec hypertrophie des ganglions nphatiques sans gonflement de la rate. Dans l'un et dans l'autre cas, le foie peut e malade.

(1) Froriep's *Notizen*, n° 780.
(2) Schmidt's *Jahrbücher*, Bd. LVII, § 182.
(3) *Archiv. für path. Anat. und Physiol.*
(4) *Arch.*, Ad. V, § 316.
(5) *Gesamm. Abhandlung. zur wissenschaftl. Med.* Francfort, 1855.

Les médecins anglais ne sont point restés en retard sur les Allemands. En 1845, octobre (1), MM. Craigie et Hughes Bennett publièrent « *Deux observations de maladie et d'hypertrophie de la rate, avec matière purulente dans le sang.* » En 1846, juillet (2), M. H. W. Fuller publia une observation intitulée : « *Hypertrophie de la rate et du foie, dilatation de tous les vaisseaux sanguins avec altération particulière du sang.* » En juin 1850 (3), le docteur Parkes inséra un fait de leucocythémie avec hypertrophie de la rate. En 1851, M. Bennett, revendiquant pour lui-même l'honneur de cette découverte, publia (4) un mémoire contenant vingt observations, avec une théorie de la nouvelle maladie, qu'il désigne sous le nom de *leucocythémie*. Cet auteur, se fondant sur l'opinion de Gerlach, qui admet que la rate et les glandes lymphatiques forment les globules du sang, donne la définition suivante de la leucocythémie : « Dans certaines hypertrophies des glandes lymphatiques, leurs éléments cellulaires se multiplient dans une proportion insolite, passent dans le sang, et y produisent une augmentation considérable dans le nombre des globules blancs. »

Les travaux publiés en France sont d'une date plus récente. Il paraît néanmoins qu'en 1839 M. Barth aurait observé, mais sans y insister, un fait de ce genre. Le premier auteur qui ait fait des recherches à ce sujet est M. Leudet (5).

M. Charcot publia une observation sur un fait de ce genre (6), avec analyse micrographique par M. Ch. Robin. M. Leudet a publié depuis plusieurs articles sur ce sujet (7). En 1855, M. le docteur Goupil lisait une observation de leucocythémie devant la Société médicale des hôpitaux de Paris, et, en 1856, M. Blache devant l'Académie de médecine (8).

Un des travaux les plus remarquables qui aient été publiés sur ce sujet, est un mémoire de M. le docteur Vidal (9), suivi d'un nouveau mémoire (10). Cet auteur a recueilli par lui-même un assez grand nombre d'observations, et a analysé avec soin les faits publiés avant lui.

En outre, un grand nombre d'observations isolées ont paru dans différents journaux de médecine, et M. le docteur Trousseau a fait sur ce sujet une leçon clinique des plus remarquables, dans laquelle il a rendu pleine justice aux travaux des médecins français, et principalement à ceux de M. le docteur Vidal.

L'importance, le nombre des travaux dont la leucocythémie a été le sujet, marquent pour l'avenir la place de cette affection dans le cadre nosologique. Aussi en donnons-nous une description succincte, cette affection n'étant encore que trop imparfaitement connue.

(1) *Edinburgh medical and surgical Journal.*
(2) *The Lancet.*
(3) *Medical Times.*
(4) *Edinburgh monthly Journal.*
(5) *Bulletin de la Soc. anat.*, 1852, et *Bulletin Soc. biol.*, 1853.
(6) *Bulletin Soc. biol.*, 1853.
(7) *Gazette médicale*, 1853, p. 430, et novembre 1858.
(8) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1856, t. XXI, p. 398.
(9) *De la leucocythémie splénique* (*Gazette hebdomadaire de médecine*, 1856).
(10) *Archives de médecine*, 1857.

§ II. — Caractères généraux de l'affection.

leucocythémie est une cachexie avec altération du sang et dépérissement essif de l'individu. Cette cachexie, quelle qu'en soit du reste la cause occaelle ou déterminante, marche presque fatalement vers une terminaison te. L'altération du sang consiste dans l'accroissement énorme de la propor-les globules blancs du sang. La rate, le foie, les glandes lymphatiques, sont ent hypertrophiés par le fait de cette affection. Jusqu'ici deux théories sont ésence pour l'expliquer : l'une est de M. Virchow, l'autre de M. Bennett. leux auteurs pensent que l'altération du sang est consécutive à une altération olides. L'un et l'autre admettent, comme point de départ de leur raisonne-, que la rate, la glande thyroïde, le thymus, les capsules surrénales, les gan-s lymphatiques, sont des organes d'hématose. Nous signalons cette manière oir sans y attacher plus d'importance qu'il n'en faut donner à une hypothèse. irchow professe que la rate et les autres glandes vésiculeuses sans conduit teur ont pour fonction de détruire les globules rouges ; la leukémie ne se-qu'une suractivité de ces glandes qui, sous l'influence d'une altération avec rtrophie, détruiraient un plus grand nombre de globules rouges que dans normal, et accroîtraient ainsi la proportion des globules blancs.

Bennett, voulant aussi trouver une théorie capable d'expliquer les faits pa-giques, admet que les *glandes lymphatiques*, c'est-à-dire la rate, la glande oïde, les ganglions lymphatiques, etc., engendrent les globules du sang, que lobules sont d'abord incolores ou blancs (*leucocytes*), et qu'ils passent en-à l'état de globules rouges, par suite de modifications que leur font subir res organes. La suractivité avec hypertrophie de ces glandes lymphatiques, ugmentant démesurément la proportion des globules blancs, produirait la leu-hémie.

oi qu'il en soit de ces explications théoriques faites à la hâte, et qui sont em-tées à une physiologie imparfaite, l'affection existe, est nettement différenciée utres cachexies, et se reconnaît aux caractères suivants.

§ III. — Symptômes.

s malades maigrissent et s'affaiblissent rapidement; l'état anémique et cachec-, accusé par la pâleur et l'altération des traits, va en croissant de jour en Le plus grand nombre de ces malades ont les symptômes propres à l'anémie, donnements d'oreille, troubles de la vue, céphalalgie, palpitations, etc. M. Vi- noté, dans un cas, une névralgie sous-orbitaire. M. Charcot a signalé une nanie développée sous l'influence de cette affection. M. Leudet a noté la fai-e de la voix. Dans le plus grand nombre des cas l'appétit est conservé, et il qu'exceptionnellement des troubles de la digestion. Ce n'est que dans les iers temps de la maladie qu'on voit survenir des diarrhées quelquefois dysen-ues; on voit en pareil cas une altération des gencives pouvant aller jusqu'à ération, la sécheresse de la langue et une soif vive, phénomènes ultimes. Ce rappe le plus chez ces malades, amaigris souvent au point qu'on peut à pre-e vue les croire phthisiques, c'est l'énorme distension de la base de la poitrine

et du ventre par suite de l'hypertrophie de la rate et souvent du foie. La rate acquiert des dimensions considérables et telles que l'hypertrophie de cet organe, par suite de fièvres intermittentes, en peut à peine donner une idée; la rate descend souvent dans la fosse iliaque et occupe une partie de la cavité du ventre; on la voit même s'étendre jusque vers le flanc droit. Le foie s'hypertrophie aussi, mais son accroissement est loin de présenter le même caractère insolite; le plus souvent il ne déborde les fausses côtes que de deux ou trois travers de doigt. Chez quelques malades les ganglions lymphatiques de l'abdomen, ceux des régions cervicale, axillaire, inguinale, s'hypertrophient et forment d'énormes tumeurs. On a noté une gêne de la respiration, une sorte d'anxiété, qui se manifestait dès le début de l'affection et qui ne s'expliquait pas suffisamment par l'état physique des organes de la respiration. On voit survenir souvent de l'œdème aux membres inférieurs, de l'ascite. Quelquefois l'œdème s'étend à tout le corps. La fièvre survient dans les derniers temps seulement. Au début, le pouls est lent, petit et ne dépasse guère 75 ou 80 pulsations. Lorsque la fièvre a pris le caractère hectique, le pouls devient fréquent et se maintient à 110 ou 120 pulsations. Il y a des accès de fièvre irréguliers et qui ne sauraient être aucunement confondus avec les accès réglés des fièvres intermittentes.

A mesure que la maladie marche et que la cachexie fait des progrès, il se manifeste une tendance aux hémorrhagies. La sortie du sang hors de ses voies naturelles a lieu principalement par les narines (épistaxis) et par l'intestin. On a noté le purpura et l'hémorrhagie cérébrale. Quelquefois il se fait des eschares aux parties sur lesquelles repose le corps. Enfin, quelques auteurs ont vu des épanchements de sang considérables dans les muscles et dans le tissu cellulaire sous-cutané. On reconnaît facilement, par ce qui précède, qu'il y a altération du sang et tendance aux hémorrhagies, à l'œdème, ainsi que cela se voit dans un certain nombre d'états cachectiques résultant de maladies chroniques ou d'altérations organiques de différents ordres. Il se produit aussi dans le cours, et surtout vers les derniers temps de l'affection, des complications dans divers organes, complications qui n'ont rien de spécial. Peut-être la maladie de Bright doit-elle être considérée comme une des complications les plus fréquentes.

§ IV. — Durée.

Si l'on considère que cette affection n'est aperçue qu'alors qu'il existe déjà une détérioration profonde de l'organisme, et que l'hypertrophie de la rate ou des ganglions est considérable, on verra qu'il est difficile d'en déterminer exactement la durée. M. Vidal a noté sur 17 cas que :

3	fois la maladie a duré	de	3 à 6 mois.
5	—	—	6 mois à 1 an.
5	—	—	1 an à 1 an 1/2.
2	—	—	2 ans.
1	—	—	2 ans 1/2.
1	—	—	4 ans.

§ V. — Pronostic.

squ'à présent on a lieu de penser que lorsque cette affection est confirmée, entraîne nécessairement la mort.

§ VI. — Anatomie pathologique.

ndant la vie les caractères du sang sont les suivants. Il a perdu sa couleur ante et est d'un brun chocolat. Si l'on emploie le procédé de Vogel, qui con- à défibriner le sang par le battage, on voit au bout de peu de temps se former couches : l'une, inférieure, d'un rouge brun ; l'autre, supérieure, d'un blanc ıx. C'est cette apparence qui a fait donner à l'affection le nom de *leukémie*, et avait fait penser à M. Bennett que le sang était purulent. L'examen fait au oscope montre que les globules blancs du sang sont en proportion plus grande l'état normal, et qu'ils n'ont point tout à fait le même aspect. En ce qui con- e leur nombre, tandis qu'à l'état normal ils doivent être, par rapport aux glo- s rouges chez l'adulte, dans la proportion de 1 pour 200 ou 300, on les trouve la leucocythémie, dans le rapport de 1 à 3, et quelquefois de 1 à 2. On com- d combien un pareil changement d'état du sang est caractéristique ; d'ailleurs. mie, les différentes cachexies résultant d'autres maladies chroniques ou orga- es n'amènent jamais une altération qui ait le moindre rapport avec celle-là. dimensions des leucocytes changent aussi, et ces globules sont à la fois aug- tés de volume et pourvus de noyaux pouvant varier de deux à quatre ; outre globules blancs, on trouve des noyaux libres, identiques avec les globulins du et de la lymphe.

sang présente quelques modifications dans sa composition chimique. L'ana- chimique, du reste, ne saurait donner encore de nos jours sur ce point des eignements exacts, et les véritables chimistes s'abstiennent de tirer parti de ltats nécessairement imparfaits.

près la mort, l'altération du sang est visible sans l'intervention de l'analyse ique ou chimique. Le sang est plus pâle et les vaisseaux et le cœur contien- des caillots mous d'une couleur blanchâtre tirant sur le jaune. MM. Charcot obin ont signalé une grande quantité de cristaux losangiques réguliers et co- s en jaune rougeâtre.

es altérations des solides, et principalement des ganglions, de la rate, du foie, les suivantes. Augmentation énorme du volume de la rate, qui peut atteindre u'à 41 centimètres de long. Cet organe, à la coupe, est assez solide, ferme, e brun, cassant. On y a vu des dépôts blancs solides, plastiques. L'examen ographique fait reconnaître que ce n'est pas un engouement, une imbibition, augmentation du volume seulement, mais une véritable hypertrophie qui se luit alors, et que le nombre des éléments anatomiques considérés comme nt un rôle actif dans les fonctions de l'organe y est énormément accru. Il en le même pour les ganglions. Le foie présente, à un moindre degré, le même nomène ; on a noté (Leudet) la possibilité du développement de la cirrhose le fait de la leucocythémie.

§ VII. — Nature de la maladie.

C'est une cachexie de nature spéciale, qui paraît débuter par une altération de la rate et des ganglions lymphatiques, souvent du foie. Cette cachexie a pour caractère essentiel la prédominance des globules blancs du sang. Les théories qui sont nées de la nécessité d'expliquer cette maladie nouvellement observée sont insuffisantes.

§ VIII. — Causes.

Jusqu'à présent les efforts tentés pour rattacher cette affection aux fièvres d'accès d'origine paludéenne n'ont pas donné de résultats suffisants pour qu'on puisse affirmer que cette cause soit habituelle. On a rencontré l'affection chez des personnes qui n'avaient pas d'antécédents morbides. L'âge ne paraît pas avoir d'influence sur la production de la maladie, que l'on a vue sévir sur un enfant de treize ans et sur un vieillard de soixante-neuf ans. Il semble que les hommes y soient plus prédisposés que les femmes.

On voit quelle incertitude règne encore sur la nature intime et l'origine de cette affection pour laquelle il n'y a point de traitement spécial. Le médecin, en pareil cas, devra rechercher les indications thérapeutiques, et se garder de combattre par des remèdes trop énergiques une cachexie qui affaiblit de jour en jour le malade.

ARTICLE XIII.

SCORBUT.

Le scorbut ne saurait être rattaché à aucune lésion locale considérée comme cause de la maladie. Primitivement, on ne trouve rien dans cette affection qui ne puisse être expliqué par une altération profonde du sang, source de tous les symptômes. Il n'y a point de discussion à ce sujet, et c'est ce qui m'autorise à placer la description du scorbut dans ce chapitre plutôt que dans tout autre où diverses lésions et divers symptômes pourraient engager à l'introduire.

Le scorbut a-t-il été connu dès les premiers temps de la médecine? Plusieurs auteurs d'une grande autorité sont de cette opinion. On a cité Hippocrate, qui dans plusieurs endroits de ses ouvrages, a fait une description rapide d'une affection qui présente plusieurs symptômes du scorbut, et Celse, qui a répété cette description (1), puis Arétée, Paul d'Égine, Pline, etc. Sans nier que les descriptions de ces auteurs puissent se rapporter à cette maladie, on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'elles sont très vagues et très incomplètes, et qu'elles laissent des doutes dans l'esprit du lecteur le plus prévenu.

Ce n'est qu'à l'époque où commencèrent les grands voyages de circumnavigation que le scorbut, se montrant dans toute son intensité, et sévissant sur un grand nombre d'hommes à la fois, les descriptions devinrent claires, précises, et ne purent plus s'appliquer qu'à une seule maladie bien déterminée. Dans le voyage de découvertes de Vasco de Gama, dans ceux de Cartier, de Cavendish, d'Anson, et du capitaine Cook, le scorbut sévit avec violence et fit de nombreuses victimes. Dès lors il fut connu parfaitement, du moins dans ses symptômes et dans sa

(1) A.-C. Celsius, *De medicina*, lib. II, cap. VII.

ırche, et dès lors aussi commença la publication du nombre considérable de travaux importants dont il a été l'objet.

Aujourd'hui le scorbut est bien connu, et nous ne manquons pas d'excellents ıtériaux pour en tracer l'histoire; le seul embarras est de les renfermer dans les ıites d'un article.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'altération du sang, qui est la principale lésion du scorbut, n'étant pas aussi rfaitement connue que celle de l'anémie, on en est réduit à définir cette affecn par ses symptômes. M. W. Kerr, qui a fait un très bon article sur ce sujet (1), nne la définition suivante, que l'on peut adopter : Le scorbut est une maladie nérale caractérisée par l'abattement des forces, la fétidité de l'haleine, le ramolsement, la turgescence des gencives, des taches sous-cutanées livides, des chymoses, et fréquemment la contraction des membres inférieurs.

Le nom de *scorbut*, fort anciennement donné à la maladie (ou un mot analogue, mme *scurvy* chez les Anglais, *Schurbuck*, *Scharbock* ou *Schorbock* chez les Alleands), est généralement employé. M. Mason Good a fait de cette maladie une esce de *porphyra* ou *purpura*, sous le nom de *porphyra nautica*. L'analogie incontesble qui existe entre elle et le *purpura hæmorrhagica* autorise cette classification.

Dans certaines conditions, qui vont être exposées au paragraphe suivant, le orbut s'est *très fréquemment* montré pendant les trois siècles qui ont précédé le ıtre. Il a fait d'innombrables victimes parmi les navigateurs, dont il était la terur. Mais depuis qu'on a mieux étudié les soins hygiéniques propres à le prévenir à le faire disparaître, on l'a rendu infiniment plus rare. Ce n'est que dans les rconstances les plus graves qu'il se montre encore, et ordinairement il sévit avec aucoup moins de violence.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

On a d'abord cru que le scorbut n'attaquait que les marins, parce que c'est chez ıx qu'on en observe de grandes épidémies; mais aujourd'hui tout le monde conıît les observations nombreuses de véritable scorbut recueillies chez des sujets qui ont jamais navigué. La *navigation* n'est donc pas une condition essentielle du veloppement de la maladie; toutefois son influence est des plus puissantes. Tous ı *âges* sont également atteints du scorbut de mer; mais à terre on a remarqué que ı *vieillards* débiles le présentaient beaucoup plus souvent que les adultes et les ıfants. C'est ainsi qu'à Bicêtre et à la Salpêtrière il n'est pas très rare de voir ıcore des cas de scorbut, tandis que dans les autres établissements on en voit inıiment peu d'exemples. Une *constitution* altérée par une maladie antérieure, par ıbus du traitement mercuriel, par de grands excès, est rangée parmi les causes édisposantes. On a encore regardé comme des causes de ce genre l'habitation ıns un lieu humide, une nourriture particulière, etc.; mais nous allons retrouver s causes parmi les causes occasionnelles, où elles seront plus naturellement plaées, car ce sont évidemment elles qui produisent la maladie. Les ennuis d'une

(1) *Cyclop. of pract. med.*, vol. III, article SCORBUTUS.

longue traversée, le découragement, le désespoir, prédisposent au scorbut ; aussi les grands navigateurs, depuis Cook, se sont-ils spécialement appliqués à soutenir le moral de leur équipage.

2° Causes occasionnelles.

Je range parmi les causes occasionnelles les conditions atmosphériques, parce que, bien qu'elles aient besoin d'un certain temps pour manifester leur action, c'est sous leur influence directe que se développe la maladie. *L'humidité unie au froid* est la principale de ces causes. On a vu le scorbut se produire par un temps chaud et humide, mais ces cas sont très rares, et l'on a eu tort de dire que cette maladie apparaissait aussi bien sous l'influence de la chaleur que sous celle du froid. M. Scoutetten (1) a communiqué à l'Académie de médecine des détails intéressants sur une épidémie de scorbut qui a sévi dans le courant de 1847, sur la garnison de Givet. Il est résulté de son investigation que les causes de la maladie se trouvaient dans de mauvaises conditions hygiéniques, et principalement dans le *défaut d'aération* et l'*humidité* de l'hôpital. La conservation sur le corps de *vêtements mouillés*, l'exposition au froid dans une cabine mal close, ont fréquemment provoqué le développement de la maladie.

Longtemps on a cru que la cause unique du scorbut était une alimentation exclusivement ou presque exclusivement composée de *viandes salées*. Nul doute que cette alimentation ne contribue pour beaucoup à sa production ; mais elle n'est évidemment pas la seule, puisqu'on a vu le scorbut sévir sur des équipages nourris avec de la viande fraîche et des végétaux verts, et que Lind (2) a vu la maladie persister malgré l'abstinence de tout aliment salé. La réunion des causes précédentes est nécessaire dans le plus grand nombre des cas. Les *fatigues* excessives et les *excès* ont fréquemment été suivis de l'apparition du scorbut.

A terre, les causes occasionnelles sont analogues. Ce sont l'habitation dans un lieu froid, humide, mal aéré, une nourriture insuffisante, malsaine, composée de viandes gâtées, de végétaux secs altérés, etc. M. le docteur Bossard (3) a décrit une épidémie de scorbut qui a régné au camp de l'Oued-Smendou (Afrique), et qui parut tenir à la *mauvaise qualité de la viande* servie aux soldats et aux *grandes fatigues*.

M. le docteur Garrod (4) a fait des recherches *sur la nature et les causes du scorbut*, etc. Voici ses conclusions : « 1° Dans tous les aliments qui déterminent le scorbut, la *potasse* est en quantité beaucoup moindre que dans ceux dont l'usage est conciliable avec la conservation parfaite de la santé. 2° Toutes les substances dites *antiscorbutiques* renferment une grande proportion de potasse. 3° Le sang des scorbutiques contient peu de potasse, et la quantité de cette substance qui est expulsée par les reins est moindre qu'à l'état normal. 4° Les sujets scorbutiques se rétablissent rapidement, aussitôt qu'on a ajouté de la potasse à leur alimentation, et cela sans en changer la quantité et la qualité, sans employer des végétaux ou du lait. 5° La théorie qui considère le scorbut comme dû à l'absence de potasse dans les

(1) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1847, t. XII, p. 885.
(2) *Traité du scorbut*. Paris, 1781, 2 vol. in-12.
(3) Thèse. Paris, 1847.
(4) *Monthly Journ. of med. science*, janvier 1848.

aliments rend compte d'une manière satisfaisante des symptômes de cette maladie. »

M. J. Cloquet a, dans un mémoire (1), décrit le *scorbut développé chez les sujets qui ont subi de grandes amputations.* Quelle est la part de l'opération dans la production de la maladie? C'est ce qu'on ne peut pas préciser.

Enfin quelques auteurs des siècles précédents, Sennert, Boerhaave, Hoffmann, croyaient que le scorbut était *contagieux.* Aujourd'hui cette opinion est entièrement abandonnée. Il en est de même de l'hérédité de la maladie, en faveur de laquelle les faits manquent. On sait que souvent le scorbut règne épidémiquement. Une guerre récente a fourni l'occasion d'observer le scorbut épidémique. Une bonne description de cette épidémie a été donnée par MM. Lebret (2) et Tholozan (3).

§ III. — Symptômes.

Au *début*, on observe d'abord un sentiment de lassitude générale, avec une grande répugnance pour les exercices du corps. En même temps, ou peu après, la face présente une pâleur remarquable, accompagnée de bouffissures. Suivant sir Gilbert Blane, cité par M. Kerr, on peut juger dès ce moment combien l'organisme est profondément altéré, d'après un phénomène remarquable : c'est une *tumeur molle et indolente* qui se produit au-dessous de la peau partout où le malade a reçu la plus légère contusion.

Lorsque la maladie est confirmée, ces premiers symptômes augmentent; bientôt il s'y joint une *gêne de la respiration et des palpitations* au moindre mouvement; les *lèvres* et les *caroncules* lacrymales prennent une couleur verdâtre, et l'aspect du malade est caractéristique.

Le gonflement, le ramollissement, la putridité des *gencives*, ne tardent pas à se montrer. Ces parties saignent avec la plus grande facilité et au moindre contact. Elles sont spongieuses, et ont une couleur rouge foncée. L'*haleine* contracte une fétidité excessive; en un mot, la bouche est dans un affreux état. Ce symptôme est constant et un des plus frappants.

Un autre phénomène qui, avec le précédent, caractérise la maladie, c'est la production d'*ecchymoses* sous-cutanées, ou même ayant leur siége dans l'épaisseur de la peau, et développées soit spontanément, soit sous l'influence d'une pression ou d'une contusion légère. Ces ecchymoses présentent des colorations variées; ordinairement bleuâtres ou d'un rouge foncé, elles sont parfois noirâtres, et passent par les diverses décolorations des ecchymoses ordinaires. Leur étendue est extrêmement variable, puisqu'elles peuvent constituer un simple pointillé, ou occuper une assez grande partie d'un membre. Rares sur le crâne et à la face, qui est jaunâtre, elles se montrent de préférence sur le tronc et sur les membres.

La *peau* est sèche et rugueuse. Souvent il survient une *infiltration des membres inférieurs*, qui, d'abord remarquable autour de l'articulation tibio-tarsienne, et visible surtout le soir, devient ensuite permanente et s'étend à tout le membre.

Des *douleurs* plus ou moins vives, sans siége fixe, mais affectant de préférence les lombes, la partie moyenne des membres et surtout des membres inférieurs,

(1) *Archives générales de médecine*, 1823, t. I, p. 470.

(2) *Mémoire sur le scorbut de l'armée d'Orient observé et traité à l'hôpital de Balaruc* (*Annales de la Société d'hydrologie médicale*, 1856-1857, t. III, p. 194 et suiv.)

(3) *Gazette médicale*, 1855, n° 27.

suivant la remarque de M. Fauvel (1), se font ordinairement sentir. Les malades se plaignent d'avoir les os brisés, et cette sensation de douleur augmente encore la répugnance qu'ils ont pour toute espèce de mouvement. Ces douleurs changent d'abord facilement de place ; mais, suivant Lind, elles finissent presque toujours par se fixer, et leur siége de prédilection est un des côtés de la poitrine, où elles deviennent pongitives et sont quelquefois si intenses, que le malade semble menacé d'une suppression de la respiration. La tête, au contraire, est rarement douloureuse, chose remarquable, quand on se rappelle ce qui se passe dans l'anémie.

Les auteurs, et en particulier Boerhaave, Lind, Rouchoux, avaient constaté l'*intégrité du cerveau et des fonctions intellectuelles* chez les scorbutiques. M. Blot (2) a cité deux cas où les choses se sont passées différemment ; car dans l'un il y a eu un ramollissement du cerveau constaté à l'autopsie, et dans l'autre une hémiplégie qui a guéri. Toutefois les observations contraires sont si nombreuses, qu'on ne peut s'empêcher, dans ces deux cas, de croire à une simple coïncidence.

Dans les premiers temps de la maladie, les troubles des *fonctions digestives* ne consistent guère que dans une *constipation* opiniâtre. Quelques sujets même n'offrent aucun symptôme de ce côté, tandis que d'autres ont des *déjections plus faciles*, plus nombreuses que d'ordinaire, et d'une extrême fétidité. Cependant le *pouls* ne présente rien de remarquable, si ce n'est qu'il est facile à déprimer et un peu ralenti.

A une époque plus avancée de la maladie, ou même dès les premiers temps dans certains cas (car le scorbut ne présente pas ces périodes tranchées qu'on a voulu lui assigner), ces symptômes sont portés au plus haut degré, et quelques-uns prennent un nouveau caractère. La faiblesse est poussée jusqu'au collapsus, et il y a tendance à la *syncope* au moindre mouvement. Les points où s'étaient formées des ecchymoses deviennent le siége d'*ulcères* fongueux, sanieux, saignant au moindre contact, ne fournissant pas de pus véritable, ayant des bords élevés et gonflés, une surface irrégulière. Parfois la destruction des tissus y marche avec une grande rapidité. Les tendons, les os, peuvent être ainsi mis à nu. Quelquefois ce sont de simples *tumeurs* qui se forment, et qui sont dues à la suffusion sanguine. Lind a vu une grande étendue d'un membre se gonfler ainsi, mais quelquefois aussi il a observé une induration du mollet sans gonflement.

Lorsque le *ramollissement*, la *fongosité* et l'*ulcération des gencives* sont portés au plus haut degré, les dents sont ébranlées, et même tombent d'elles-mêmes, sans que pour cela la carie des mâchoires, pas plus que celle des autres os, soit un accident fréquent.

C'est alors principalement qu'on voit survenir des *hémorrhagies* par les surfaces muqueuses : les fosses nasales, le palais, le canal intestinal. Les selles deviennent plus fréquentes et sanguinolentes, et ces pertes ajoutent encore à la faiblesse générale. C'est là, au reste, presque le seul symptôme qu'on observe du côté des voies digestives, car l'appétit est quelquefois conservé jusqu'au dernier moment.

M. Beau, dans quatre cas de scorbut, a trouvé un *bruit de souffle carotidien* (3).

(1) *Archives générales de médecine*, 4e série, 1847, t. XVI, p. 261.
(2) *Union médicale*, 29 avril 1847.
(3) *Traité clinique et expérimental d'auscultation*. Paris, 1856, p. 553.

ıe un autre cas semblable rapporté dans la thèse de M. Hue-Mazelet s, 1836). Aussi regarde-t-il comme la règle l'existence de ce bruit, et comme ›tionnel le cas observé par M. Andral (1), où ce bruit manquait ; mais, ainsi nous le verrons plus loin, MM. Becquerel et Rodier ont constaté aussi son ıce complète.

ı des phénomènes remarquables du scorbut a été signalé par Hulme et M. Tel- (2), c'est la *nyctalopie*, qui se montra souvent dans l'épidémie de scorbut ·vée pendant le siége de Gibraltar.

: *sang* qui provient des saignées et des hémorrhagies est liquide, noirâtre, l se coagule, ce n'est qu'en petites parties et par grumeaux peu consistants. ıt aux *urines*, elles ne présentent pas d'altérations constantes, mais elles sont ıairement très colorées et deviennent promptement fétides.

ı fait qui a été noté par Lind, et qui mérite d'être confirmé par de nouvelles ·vations, c'est que, dans les cas de maladie antécédente, le rhumatisme arti- re, par exemple, l'affection primitive prend un plus haut degré d'accroissement, ne souvent le scorbut commence par une partie lésée. Ainsi les premières ymoses se montrent dans le pied affecté d'entorse, dans les genoux rhuma- etc. Le même observateur a remarqué que les scorbutiques étaient, plus ment que tout autre, atteints des maladies épidémiques régnantes, qui ntaient chez eux une intensité beaucoup plus grande. C'est ce qu'il a vu, en culier, dans les épidémies de typhus.

:l est, en y joignant les *contractions des membres*, signalées dans beau- de cas par les auteurs anglais, le tableau des symptômes qui résulte des ux des principaux observateurs. Comme toujours, on a décrit la maladie son degré le plus élevé ; mais parfois, surtout à terre et à l'état sporadique, ›rbut se présente avec des symptômes moins alarmants. Je l'ai vu à la Salpê- : se signaler seulement par le gonflement et le saignement des gencives, par aches livides sur les membres et le tronc, et par un état de débilité générale.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

ı marche du scorbut est toujours croissante, depuis l'apparition de la faiblesse rale jusqu'aux derniers accidents. Dans le fort d'une épidémie, elle peut être ·apide, tandis que vers la fin elle devient parfois très lente. On voit surtout des ıples de scorbut marchant très lentement dans les cas sporadiques observés à . Il en résulte que la *durée* de la maladie est très variable. Quant à sa *termi- m*, tout le monde sait combien fréquemment elle est funeste lorsqu'on ne peut oustraire les malades aux influences hygiéniques qui ont occasionné le scorbut. sés par les hémorrhagies, dévorés par les ulcères, en proie à tous les désordres ·ésultent d'une altération profonde du sang, ils succombent dans un état de psus profond, en conservant néanmoins presque toujours toute leur intelli- e. Dans les cas de terminaison favorable, l'amélioration se fait d'abord sentir l'état des forces ; les malades se trouvent moins abattus ; puis les taches ecchy-

Hématologie, p. 130.
Voy. W. Kerr, *article cité*.

motiques s'affaiblissent et disparaissent; les hémorrhagies se suspendent; les gencives prennent un meilleur aspect, et enfin le malade recouvre la santé, en conservant plus ou moins longtemps un reste de faiblesse.

§ V. — Lésions anatomiques.

La lésion principale est dans le sang lui-même. Fluide, remplissant les vaisseaux, noir, parfois de couleur verdâtre, il ne présente pas de coagulum, ou ne contient que quelques grumeaux sans consistance, comme le sang extrait de la veine pendant la vie. Suivant les recherches de M. Andral (1), le nombre des globules n'est nullement diminué dans le scorbut; mais il n'en est pas de même de la fibrine, qui est dans une proportion bien inférieure à celle qui constitue l'état normal. De là, suivant cet auteur, la différence qui existe, relativement à l'hémorrhagie, entre la chlorose et le scorbut. Cet accident, si fréquent dans cette dernière maladie, est en effet rare dans la chlorose. En produisant artificiellement la défibrination du sang chez les chiens, M. Magendie (2) a donné lieu à un état qui a de l'analogie avec le scorbut, soit sous le rapport des lésions, soit sous le rapport des symptômes.

Les autres lésions sont évidemment une conséquence de cette altération; il suffit donc de les indiquer. Les taches observées pendant la vie, les suffusions, les infiltrations sanguines dans le tissu cellulaire, la destruction des gencives, les ulcères plus ou moins vastes dans les divers points du corps, ont déjà été signalés. Dans les organes parenchymateux, on trouve un engorgement sanguin, et parfois de véritables foyers sanguins, sanieux, purulents. La rate est surtout remarquable par son gonflement; elle peut être doublée et triplée de volume. Mead l'a vue, dans un cas, peser cinq livres et un quart. C'est cet état de la rate qui a été principalement mentionné dans les passages d'Hippocrate et de Celse, où l'on a cru trouver une description du scorbut. La destruction des articulations, la séparation des cartilages, des abcès développés dans les ganglions, ont été quelquefois observés; mais ces lésions, qui ajoutent à la gravité de la maladie, n'en sont pas moins très secondaires.

Tel était l'état de la science lorsque j'ai publié la première édition de cet ouvrage; mais dans une épidémie de scorbut dont M. Fauvel (3) nous a donné une très bonne description, les choses se sont montrées bien différentes. Je ne peux mieux faire connaître l'état du sang chez les sujets affectés dans cette épidémie, qu'en citant les conclusions suivantes de MM. Becquerel et Rodier (4) :

« 1° L'examen du sang, disent ces auteurs, n'a révélé aucun des caractères de dissolution décrits par les anciens, regardés par eux comme constants, et admis comme tels sans contestation. L'augmentation de l'alcalinité de ce liquide ou une proportion plus considérable des sels du sang n'a pas été non plus constatée.

» 2° Le sang était notablement appauvri en globules et en albumine soluble, et par conséquent plus riche en eau. Cet appauvrissement tient sans doute à la dimi-

(1) *Hématologie pathologique*, p. 128.
(2) *Leçons sur les phénomènes physiques de la vie*. Paris, 1842, t. IV.
(3) *Archives générales de médecine*, 4e série, 1847.
(4) *Mém. sur la composition du sang dans le scorbut.*

tion très sensible de l'appétit des malades, et ne doit point être considéré comme cause de l'affection scorbutique. Il est toutefois remarquable qu'avec cet état émique bien caractérisé, *il n'ait existé aucune trace de bruit de souffle* dans le stème circulatoire.

» 3° La *fibrine*, que l'on devait s'attendre à trouver diminuée ou au moins mofiée dans ses propriétés, *s'est présentée dans des proportions normales, ou sensiement augmentée*, et avec les caractères qu'elle offre dans l'état de santé.

» 4° Enfin la seule modification positive que l'on ait pu constater dans le sang a é une diminution de densité qui est loin d'être proportionnelle à l'abaissement du iffre des matériaux solides du fluide sanguin.

» Cet abaissement de la densité est-il le résultat d'une modification quelconque, iconnue dans sa nature, des principes solides du sang? Joue-t-il un rôle dans la roduction de la maladie, et est-il le point de départ des infiltrations sanguines? ious l'ignorons, disent en terminant les auteurs, et nous nous bornons à signaler :i le fait sans l'interpréter. »

Chez un sujet observé dans cette épidémie, M. Andral (1) a trouvé le sang dans 'état suivant :

Fibrine	4,420	Matériaux solides du sérum	76,554
Globules	44,400	Eau	874,626

MM. Chatin et Bouvier (2) sont arrivés à des résultats à peu près semblables.

Faut-il, après ces faits, dire, avec M. Marchal (de Calvi) (3), que « jusqu'à préent il n'y a pas lieu de réformer l'opinion d'après laquelle le sang est défibriné ans le scorbut? » Je pense qu'il y a au moins des motifs suffisants de douter de i réalité de cette défibrination. C'est sans doute ce que l'observation ne tardera as à éclaircir.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le scorbut est d'un diagnostic en général très facile. Lorsqu'il attaque les marins près une longue traversée, il n'est pas de maladie avec laquelle on puisse le conondre. Il serait donc inutile d'insister sur ce point. Dans quelque circonstance qu'il e déclare, s'il se présente avec une marche rapide et la plupart des symptômes rincipaux précédemment décrits, il ne peut encore donner lieu à aucune erreur. lais il n'en est pas de même s'il se montre à l'état sporadique, s'il a une marche ente, et s'il n'est caractérisé que par des ecchymoses, le gonflement spongieux des encives et les hémorrhagies. Il se rapproche tellement alors du *purpura hæmorhagica* et surtout du *purpura senilis*, qu'il est presque impossible de les distinuer. En pareil cas, l'état un peu différent des gencives est le seul signe qui, suiant M. Rayer (4), puisse être utile dans le diagnostic différentiel. Simplement gonflées et saignantes dans le *purpura*, elles sont d'abord enflammées, puis ramollies et comme putréfiées dans le scorbut. Par suite, l'haleine, dans cette dernière

(1) *Compt. rend. séances de l'Acad. des sciences*, 7 février 1847.

(2) *Ibid.*, septembre 1847.

(3) *Note sur l'état du sang dans un cas de scorbut*, lue à l'Académie des sciences, séance du 28 juin 1847.

(4) *Traité des maladies de la peau*. Paris, 1835, t. II, p. 524.

maladie, a une fétidité qui n'est point signalée dans la première. Néanmoins ce diagnostic est, comme on le voit, fondé sur des différences bien légères; cela vient, ainsi que je l'ai dit plus haut, de la grande affinité de ces deux maladies que M. Mason Good a réunies dans un même genre.

Pronostic. — Le pronostic du scorbut est toujours grave. Il l'est beaucoup plus dans les épidémies survenues après une longue traversée que dans toute autre circonstance. La grandeur des ulcères, la rapidité avec laquelle ils se forment, la violence des hémorrhagies, sont des symptômes alarmants. Suivant Lind, le scorbut est beaucoup plus dangereux lorsqu'il vient compliquer une autre maladie; car les deux affections deviennent alors plus violentes.

§ VII. — Traitement.

Dans les premiers temps, on a cherché parmi les substances médicamenteuses un moyen spécifique contre le scorbut; mais l'espoir qu'avaient d'abord fait concevoir quelques remèdes a été si constamment trompé, qu'on a été obligé de passer sans cesse d'un médicament à l'autre, en sorte que les moyens connus sous le titre d'antiscorbutiques sont aussi nombreux que peu efficaces. Aujourd'hui on a généralement reconnu l'inutilité presque complète du traitement pharmaceutique, et c'est dans les moyens hygiéniques, dans l'amélioration de la nourriture, dans le changement de lieu, en un mot dans les conditions opposées à celles qui provoquent la maladie, qu'on a une confiance à peu près exclusive. On est bien autorisé à se ranger à cette opinion, lorsqu'on voit le scorbut, après avoir résisté à tant de remèdes entassés, disparaître presque entièrement sous l'influence d'une meilleure hygiène généralement suivie. Aussi résulte-t-il des meilleurs écrits publiés tant par les auteurs du siècle dernier que par les auteurs récents, et notamment des articles importants de Fodéré (1), MM. Forget (2), Fonssagrives (3) et W. Kerr, qu'il faut placer en première ligne le *traitement préventif*, pour me servir de l'expression de ce dernier, et ne regarder les médicaments antiscorbutiques que comme des adjuvants plus ou moins utiles.

MOYENS HYGIÉNIQUES; TRAITEMENT PRÉSERVATIF.

Quoique ce traitement soit, ainsi que je viens de le dire, le plus important, il serait inutile de l'exposer avec de grands détails; c'est un sujet qui concerne plus spécialement l'hygiène navale, et dont les auteurs se sont occupés avec tout le soin qu'il mérite. Voici, en résumé, sur quels objets l'attention des médecins doit être dirigée.

Nourriture. — Éviter l'usage exclusif des aliments salés. Lorsqu'on arrive dans les basses latitudes, remplacer en partie la ration de salaison par les aliments farineux. Augmenter la quantité des aliments à chaque repas, dès qu'on peut supposer qu'elle est insuffisante. La viande fraîche, les fruits bien mûrs, les végétaux verts, doivent être distribués exclusivement dès qu'on peut s'en procurer. Les procédés nouveaux pour la conservation des comestibles remplacent très avantageusement les anciennes

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, art. SCORBUT.
(2) *Médecine navale*. Paris, 1832, 2 vol. in-8.
(3) Fonssagrives, *Traité d'hygiène navale*. Paris, 1856.

aisons, et rendent bien plus saine l'alimentation des marins. Mais on a remaré, et Lind en particulier en fait l'observation, que ce changement de nourrire ne suffit pas pour arrêter l'envahissement du scorbut. Les précautions suintes doivent encore être prises.

Froid, humidité. — Ces deux causes puissantes doivent être combattues par tous s moyens possibles. Les mesures les meilleures à prendre sont celles qui se trount indiquées dans l'article important de M. Kerr. Fournir aux matelots des vêteents de laine ; ne point permettre qu'ils gardent leurs habits mouillés après leur art ; remplacer le lest, composé de matières qui gardent l'humidité, par des asses de fer ; substituer, autant que possible, au lavage des vaisseaux, le grattage le frottement à l'aide du sable ; établir un système de ventilation commode ; romener dans les entreponts des fourneaux pleins de charbon incandescent, tels nt les moyens qui, sous ce rapport, ont rendu les plus grands services, et qu'il ut s'attacher à multiplier et à perfectionner, s'il est possible.

Boissons. — L'abus des boissons alcooliques est funeste, mais l'entière priation n'aurait sans doute pas de moins mauvais résultats. Une quantité modérée e vin et d'eau-de-vie, chaque jour, a paru avoir des effets très avantageux, surout quand on a pris soin de forcer le matelot à couper avec de l'eau, ou une inusion légèrement excitante, la boisson alcoolique. La limonade sucrée et aiguisée vec de l'eau-de-vie paraît aujourd'hui la boisson la plus avantageuse. Le vinaigre, 'acide sulfurique, sont aussi employés à la place du jus de citron. L'eau demande ne attention particulière. Les vaisseaux de fer remplacent avantageusement, pour a conservation, les tonneaux, dans lesquels elle se corrompt quelquefois très romptement.

Exercice, distraction. — Lorsque le service des marins n'occasionne pas de atigue, on se trouve bien d'organiser des exercices dans lesquels ils puissent rouver de la distraction : la danse, par exemple (1). Le capitaine Parry réussit à e préserver de la maladie, dans son expédition vers le pôle, en joignant des amuements multipliés et variés à un régime établi d'après les principes précédents.

Propreté. — Quoiqu'il ne soit pas parfaitement démontré que le défaut de propreté oit une des causes principales de la maladie, il ne serait pas prudent de s'écarter ur ce point des préceptes donnés par les principaux médecins navigateurs ; mais n forçant les matelots à des lavages journaliers, il faut toujours prendre garde à 'influence de l'humidité.

Tels sont les principaux moyens hygiéniques. Suivant les circonstances, le médecin pourra les modifier. Il est quelques autres moyens donnés également comme prophylactiques, et regardés presque comme spécifiques. Tel est l'usage journalier de la *choucroute* qui, joint aux autres précautions, a paru à Lind avoir des effets préservatifs très remarquables. Mais quelle est l'efficacité réelle de cet usage ? C'est ce qu'on ne peut dire positivement. Il en est de même de la *drèche*, en laquelle le capitaine Cook avait la plus grande confiance.

TRAITEMENT CURATIF.

Le traitement curatif du scorbut présente, comme je l'ai dit, une très longue

(1) Voy. les *Voyages* des capitaines Cook et Parry.

série de médicaments dont l'efficacité est loin d'être constatée. Disons d'abord que les moyens qui viennent d'être indiqués comme préservatifs sont aussi les premiers qu'on doive mettre en usage comme curatifs; car si la maladie n'a pas encore trop altéré l'organisme, rien n'est plus propre à faire céder les symptômes que de placer les malades dans des conditions opposées à celles où ils se trouvaient lorsqu'ils l'ont contractée. Il n'en faut pas conclure néanmoins que les autres moyens qui vont être mentionnés sont absolument inutiles; seulement il est évident qu'ils ne doivent être considérés que comme de simples adjuvants.

Acides. — Les acides sont donnés à plus haute dose comme curatifs que comme préservatifs. La limonade tartrique, sulfurique, chlorhydrique (1) sera la boisson habituelle des malades. En outre, on peut administrer, comme l'a fait M. Récamier dans quelques cas, le *suc d'oseille* à la dose de 150 à 250 grammes, et donner un ou deux *citrons à manger* chaque jour. Ce traitement est particulièrement employé lorsqu'il existe des hémorrhagies inquiétantes.

Stimulants antiscorbutiques. — Ces médicaments sont nombreux; les principaux sont le *raifort sauvage*, le *cochléaria*, le *cresson*, la semence de *moutarde:* en un mot, les principales substances qui entrent dans la préparation si connue sous le nom de *vin antiscorbutique*, et dont voici la formule :

℞ Racine de raifort sauvage récente et coupée.....	360 gram.	Feuilles de fumeterre sèches et incisées..................	60 gram.
— de bardane sèche....	60 gram.	Semence de moutarde concassée.	180 gram.
Feuilles de cochléaria récentes et incisées..	ãã 180 gram.	Hydrochlorate d'ammoniaque...	90 gram.
— de cresson, id.....		Alcoolat de cochléaria.........	180 gram.
		Vin blanc..................	2 litres.

Faites macérer pendant huit jours; passez et filtrez. La dose est de 35 à 130 grammes par jour. On peut l'augmenter si on le juge nécessaire.

On administre dans le même but le suc de quelques-unes de ces plantes : du cresson, du cochléaria, etc. On en a fait des alcoolats, des tisanes. Les formules sont faciles à trouver, et n'ont rien d'assez particulier pour qu'il soit utile de les rapporter.

Amers et toniques. — Le *quinquina* doit être placé au premier rang; c'est le médicament dans lequel Frank avait la plus grande confiance. Il l'administrait suivant cette formule :

℞ Extrait de quinquina.............................. 12 gram.

Faites dissoudre dans :

Décocté de quinquina.............................. 75 gram.

Ajoutez :

Eau distillée de cannelle.. 60 gram. | Sirop de pavot blanc..... 15 gram.

A prendre par cuillerée, de demi-heure en demi-heure.

La *fumeterre*, le *houblon*, la *gentiane*, peuvent être prescrits en même temps sous forme de tisane.

(1) Voy. t. II, *Épistaxis*, *Hémoptysie*.

Les *préparations ferrugineuses* ont aussi trouvé leur place dans le traitement du scorbut ; mais on les a toujours associées à plusieurs des autres médicaments que je viens d'indiquer. Elles ne présentent d'ailleurs rien de particulier dans leur administration.

Astringents. — L'extrait, l'infusion de *ratanhia* (1) ont été principalement recommandés depuis que l'on connaît l'action de ce médicament dans les hémorrhagies. Le *cachou*, le *tannin*, peuvent être prescrits dans le même but, lorsque ce symptôme est alarmant; mais les faits ne nous ont pas suffisamment éclairés sur leur action.

Quelques substances particulières, comme le *charbon* (magnésie noire), prescrit par M. Brachet (2), le *nitre* par Patterson et par MM. Cameron et Novellis (3), la *teinture de cantharide* (Ekelund), l'*eau de goudron* (Malingre), etc., ont été proposées comme spécifiques; mais doit-on les recommander, lorsque les preuves en leur faveur sont si faibles? Comment croire, par exemple, à toute l'efficacité du *nitrate de potasse* administré par le docteur Cameron, lorsque nous voyons ce sel prescrit en même temps que les acides végétaux, et que l'auteur lui-même remarque que l'amélioration des malades a pu dépendre du changement de climat? Toutefois constatons que les éloges que l'on a donnés à l'emploi des sels de potasse dans cette maladie viennent à l'appui de l'opinion de M. le docteur Garrod, qui, ainsi qu'on l'a vu plus haut (voy. page 164), ayant cru reconnaître que la cause du scorbut est dans une insuffisante quantité de *potasse* dans les aliments, recommanda de *mêler cette substance à la nourriture, sans prescrire aucun régime particulier.* On comprendra pourquoi je n'insiste pas davantage sur cette médication si confuse, et pourquoi je passe sous silence tant d'autres substances, telles que l'*ail*, le *carbone*, l'*oxygène*, la *douce-amère*, le *soufre*, etc. Je ne saurais trop le répéter, encombrer la thérapeutique, cè n'est pas l'enrichir.

Les docteurs Fontanelli et Boche donnent comme un remède préservatif, sinon curatif du scorbut, la *pomme de terre* cuite sous la cendre et mangée sans sel. M. Rousselle croit à l'efficacité de cet aliment, mais on sent combien les expériences devraient être variées et multipliées avant d'entraîner à la conviction.

TRAITEMENT DE QUELQUES SYMPTÔMES.

J'ai dit que, dans les premiers temps de la maladie, la *constipation* était fréquente. Pour la combattre, il suffit d'avoir recours à un purgatif ordinaire : *sulfate de magnésie*, *jalap*, *aloès*, etc.

Le *gonflement* et l'*ulcération putride des gencives* doivent être traités localement, en même temps qu'on attaque la cause générale qui les a produits. Les *gargarismes* proposés dans ce but sont nombreux. Le *chlorure de chaux* ou *de soude* est aujourd'hui fréquemment employé. On peut mettre en usage la formule suivante de M. Angelot (4) :

(1) Klein, *Abhandl. über d. Rat.* Stuttgard, 1818.
(2) Thèse. Paris, 1803.
(3) *Ann. univ. di med.*, septembre 1845.
(4) *Revue médicale*, 1827, t. II, p. 49.

℞ Chlorure de chaux ou de soude ...... de 0,75 à 2 gram.	Mucilage de gomme arabique. 20 gram.
	Sirop d'orange .... 15 gram.

Mêlez. Toucher les gencives avec un pinceau chargé de ce mélange. Le chlorure de chaux sec, appliqué en petite quantité avec le doigt, peut aussi être employé, mais il en faut surveiller l'action.

Les *gargarismes acides* sont prescrits dans le même but. Meyer recommande le suivant :

℞ Eau de sauge......... 120 gram.	Acide hydrochlorique affaibli. 0,60 gram.
Alcoolat de cochléaria... 8 gram.	Miel rosat............... 30 gram.

Mêlez. Pour se gargariser trois ou quatre fois par jour.

Il vaut peut-être mieux encore faire un mélange de 1 partie d'acide hydrochlorique pur et de 3 parties de miel, et en toucher deux fois par jour les gencives ulcérées.

Lorsque le saignement des gencives est considérable, les astringents, tels que les décoctions d'*écorce de chêne*, de *feuille de noyer*, de *noix de galle*, peuvent être mis en usage à l'état de gargarisme. Il en est de même de l'*alun*, qu'on peut aussi appliquer sous forme de poudre.

Le traitement des *ulcères* a nécessairement aussi fixé l'attention des médecins. Les *lotions vinaigrées* dans les cas d'hémorrhagies, les pansements avec le *vin aromatique*, la *décoction de quinquina*, le *quinquina en poudre*, sont ordinairement mis en usage. Le docteur Robertson (1) a employé avec beaucoup de succès, dit-il, les lotions suivantes :

℞ Alun .... 8 gram.	Eau .... 400 gram.

Pour lotions, deux ou trois fois par jour.

Lind employait de préférence l'*onguent égyptiac*, aujourd'hui très peu usité, et dont voici la formule :

℞ Vert-de-gris........... 150 gram.	Vinaigre................ 210 gram.
Miel................. 420 gram.	

Faites bouillir jusqu'à bonne consistance. On étend ce mélange sur du linge ou sur de la charpie pour chaque pansement.

Enfin la *diarrhée sanguinolente* est combattue par les *astringents* en lavements.

Résumé, *ordonnances*. — Tel est ce traitement, que j'aurais pu présenter dans de bien plus grands détails, si je n'avais pensé qu'il y aurait de véritables inconvénients à multiplier les moyens thérapeutiques, lorsqu'ils n'ont pas d'action particulière. On a vu qu'après les moyens hygiéniques nous ne trouvons que des remèdes qui, sans leur concours, n'ont qu'une action fort incertaine ; c'est donc aux premiers qu'il faut donner toute son attention.

Dans le cours de ce paragraphe, je n'ai guère eu en vue que le scorbut développé chez les navigateurs ; mais il est si facile de faire l'application de tout ce qui a été dit au traitement du scorbut de terre, qu'il n'est pas nécessaire d'y consacrer un article à part. Je vais, dans quelques ordonnances, présenter les principaux

(1) *Edinburgh med. and surg. Journal*, vol. XII, p. 146.

ens curatifs; car, pour les moyens hygiéniques, l'exposition qui précède est sante.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS DE SCORBUT COMMENÇANT.

• Pour tisane, limonade.
• Prendre tous les jours de 150 à 250 grammes de suc d'oseille.
° Envelopper le corps de linge chaud et sec, et, s'il se peut, de flanelle.
• Supprimer les aliments salés. Prescrire les farineux, les légumes verts, la ide fraîche.
• Un léger purgatif, s'il y a constipation.

IIe Ordonnance.

SCORBUT AVEC GONFLEMENT ET SAIGNEMENT DES GENCIVES.

• Insister sur les boissons acides.
• Gargarisme astringent avec l'écorce de chêne, l'alun, etc.
• Toniques et amers : quinquina, fumeterre; ferrugineux.
• Administrer le vin antiscorbutique ou la potion suivante :

℞ Eau distillée de sureau...	180 gram.	Suc de citron.............	60 gram.
Alcoolat de cochléaria....	15 gram.	Sirop de coquelicot.........	60 gram.

prendre par cuillerées.

° Régime, soins hygiéniques, *ut suprà.*

IIIe Ordonnance.

BUT AVEC ULCÉRATION DES GENCIVES ET ULCÈRES FONGUEUX DE LA SURFACE DU CORPS.

• Pour boisson :

℞ Orge miellé........... 60 gram. | Eau commune........... 1500 gram.

ites bouillir jusqu'à réduction d'un tiers.

assez, et ajoutez :

uc de citron............. 15 gram. | Sucre blanc........... Q. s.

prendre par tasses.

• Gargarisme avec le chlorure de chaux, l'alun, etc. (voy. page 528), ou bien hez les ulcérations des gencives avec l'alun en poudre; un mélange d'acide rhydrique et de miel, etc. (voy. page 528).
• Lotions sur les ulcères avec l'eau alumineuse (Robertson); pansement avec guent égyptiac (Lind), avec le quinquina, le vin aromatique, etc.; ou bien en- avec le mélange suivant :

℞ Onguent basilicon...... 50 gram. | Huile de térébenthine..... 50 gram.

êlez et appliquez le mélange chaud.

4° Lavements astringents contre la diarrhée sanguinolente.

5° Régime, hygiène, *ut suprà.*

Avec les détails qui précèdent, on pourra facilement multiplier les ordonnances.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Moyens hygiéniques : Nourriture abondante, variée; se préserver soigneusement du froid et de l'humidité; boissons acidules, légèrement alcooliques; exercice, distractions; soins de propreté.

Moyens curatifs : Acides, stimulants antiscorbutiques; amers, toniques; astringents; charbon; nitre, eau de goudron; potasse dans les aliments, etc.; chlorures; pansements détersifs et antiseptiques; légers purgatifs d'abord; lavements astringents contre la diarrhée.

ARTICLE XIV.

DIPHTHÉRITE.

Sous le nom de *diphthérite* (*διφθέρα, pellis, exuvium, vestis coriacea*), M. Bretonneau a décrit, en 1826 (1), une maladie épidémique et contagieuse, ayant son siége dans la bouche et dans les voies aériennes, et caractérisée par la production de fausses membranes.

Ce médecin avait alors en vue la description de ces maladies épidémiques connues sous le nom de gangrène scorbutique des gencives, de croup, d'angine maligne, qui avaient été signalées dans l'antiquité sous le nom de mal égyptiac, et qui, à différentes époques, ont fait de grands ravages. M. Bretonneau observa une de ces grandes épidémies, et arriva à conclure que la gangrène scorbutique des gencives, le croup et l'angine maligne n'étaient qu'une seule espèce de phlegmasie, que le croup n'était que le dernier degré de l'angine maligne, et que l'angine maligne ou gangréneuse ne donnait pas lieu, en réalité, à une véritable gangrène. L'auteur décrivait ainsi qu'il suit les altérations locales successives que produit cette maladie :

« Au début de la maladie, on aperçoit une rougeur circonscrite, qui se recouvre d'un mucus coagulé demi-transparent. Cette première couche, mince, souple et poreuse, peut encore être soulevée par des portions de mucus non altéré, de façon à former des vésicules. Souvent, en peu d'heures, les taches rouges s'étendent de proche en proche par continuité et par contact, à la manière d'un liquide qui s'épanche sur une surface plane ou qui coule par stries dans un canal. La concrétion devient opaque, blanche, épaisse. Elle prend une consistance membraniforme. A cette époque, elle se détache facilement et n'adhère à la membrane muqueuse que par des prolongements très déliés de matière concrète qui pénètrent dans les follicules mucipares. La surface recouverte, est ordinairement d'une teinte légèrement rouge, pointillée de rouge plus foncé. La fausse membrane enlevée, les points d'un rouge plus foncé laissent transsuder du sang, l'enduit concret se renouvelle et devient de plus en plus adhérent; sur les points qui ont été les premiers envahis, il acquiert

(1) *Recherches sur l'inflammation spéciale du tissu muqueux, et en particulier sur la diphthérite.* Paris, 1826, in-8.

ent une épaisseur de plusieurs lignes, et passe du blanc jaunâtre au fauve, au au noir. Maintenant l'altération des surfaces organiques est plus apparente que le principe. Souvent des parcelles de substance concrète sont épanchées dans ibstance même du tissu muqueux; on observe aussi une légère érosion, et quefois des ecchymoses dans les points qui, par leur situation, sont exposés à lques frottements, ou sur lesquels l'avulsion de fausses membranes a été tentée. t surtout vers cette époque que les concrétions qui se corrompent exhalent odeur infecte. Si elles sont circonscrites, le gonflement œdémateux du tissu llaire environnant les fait paraître enfoncées, et, sur ce simple aperçu, on serait é de croire qu'on a sous les yeux un ulcère sordide avec perte de substance consi- ible. Si, au contraire, elles sont étendues sur de larges surfaces, elles se détachent artie, pendent en lambeaux plus ou moins putréfiés, et simulent le dernier degré sphacèle. A peine est-il nécessaire d'indiquer que la fétidité de l'haleine et pect gangréneux du pharynx tiennent à la fonte putride des concrétions pellicu- es. L'exsudation du sang, phénomène ordinaire de l'inflammation diphthéritique, nplète l'erreur. La fausse membrane, colorée par ce fluide, prend successive- nt diverses teintes, indices de sa décomposition. »

.e traitement indiqué par M. Bretonneau consistait dans l'emploi du calomel, s des cautérisations avec l'acide chlorhydrique, l'alun. L'auteur avait distingué tement cette maladie de l'angine catarrhale, de l'angine tonsillaire simple, de gine mercurielle.

Jn peu plus tard, M. Trousseau publia (1) en 1828 un mémoire sur l'angine diph- :itique qui accompagne ou suit la scarlatine, et en 1830 un mémoire sur la diph- rite cutanée. Ce fut vers la même époque que M. Bretonneau conseilla et que Trousseau mit en pratique et vulgarisa, avec un zèle et un talent qui ne lui ont it valu assez d'éloges, l'opération de la trachéotomie opposée à l'angine diphthé- que. Un certain nombre de noms, parmi lesquels ceux de MM. Gendron et pin, de l'école de Tours, se rattachent à cette importante question.

.ujourd'hui la diphthérite n'est plus ce que l'avait faite M. Bretonneau. On a ment généralisé l'application de ce mot, qu'on en est venu à confondre toutes productions pseudo-membraneuses de la surface des muqueuses ou des plaies : la diphthérite. C'est ainsi que, pour beaucoup de médecins, l'ophthalmie pseudo- nbraneuse, l'inflammation pseudo-membraneuse de la vulve et du vagin chez les velles accouchées, sont assimilables à la diphthérite croupale. Ce qui est cer- , c'est que ces productions pseudo-membraneuses ayant leur siége habituel et point de départ dans les voies buccale et aériennes, peuvent se montrer sous luence d'un état diathésique ou par contagion directe à tous les orifices mu- ux, et sur toutes les parties où le derme est mis à nu. Il semble qu'il y ait aines parties où les fausses membranes se montrent plus volontiers à la peau, s sont les oreilles; il ne serait pas impossible que la diphthérite se montrât au nelon, chez les nourrices, sans ulcération préalable....

.a première fois que la diphthérite a été observée à la peau, c'était sur des sur- s dépouillées d'épiderme par le fait d'un vésicatoire. La diphthérite à la peau : des caractères anatomiques analogues à ceux qu'elle présente sur les mu-

) *Archives de médecine.*

queuses : douleur, écoulement d'une sérosité roussâtre ou incolore, fétide; production d'une couenne grisâtre et mollasse. Ici, comme dans la diphthérite des muqueuses, les fausses membranes arrachées renaissent et se reproduisent avec une singulière activité, et l'emploi des moyens topiques les plus énergiques ne s'oppose pas toujours à leur extension aux parties voisines.

La constitution anatomique de ces fausses membranes est identique dans tous les cas; l'épaisseur, la résistance, l'élasticité, la forme membraneuse franche, les feraient distinguer facilement de ce détritus grisâtre qui recouvre les plaies atteintes de pourriture d'hôpital, qui naît et demeure fixé sur la plaie même, et ne s'étend point à la peau voisine. Histologiquement les fausses membranes sont, d'après M. Ch. Robin (1), constituées par de la fibrine, présentent l'aspect fibroïde et granuleux, et renferment des globules de pus et de sang, des cellules épithéliales appartenant à la région affectée. La présence de la fausse membrane s'accompagne de phénomènes morbides qui rayonnent autour du point affecté primitivement; les bords de la plaie, d'une teinte violette, se gonflent et deviennent proéminents; un érysipèle se montre parfois autour du point excorié; de la surface érysipélateuse s'élèvent des vésicules remplies d'une sérosité lactescente sous lesquelles se forment de même des concrétions couenneuses qui se propagent de proche en proche, et dont les couches extérieures deviennent, en se ramollissant, d'une insupportable fétidité. On voit, par cette description, dont une partie est empruntée à l'excellent Dictionnaire de MM. Littré et Robin, que la diphthérite cutanée diffère peu, par sa marche et ses manifestations locales, de la diphthérite pharyngienne. Il faut ajouter que le plus souvent les ganglions du centre lymphatique le plus voisin s'engorgent, deviennent douloureux, et quelquefois suppurent.

L'ophthalmie diphthéritique et l'inflammation diphthéritique des organes génitaux de la femme ne nous paraissent point se rattacher directement à la diphthérite vraie. En effet, ces deux maladies peuvent exister sans qu'il y ait, du reste, aucune manifestation diphthéritique en d'autres points de l'organisme, sans qu'il y ait état diathésique; elles sont le plus souvent locales, et n'ont point été observées plus souvent en temps d'épidémie d'angine diphthéritique que dans tout autre moment.

La généralisation de la diphthérite et sa transmissibilité sont des faits tout à fait incontestables. Il arrive souvent que les fausses membranes occupent à la fois les narines, la bouche, la gorge, le larynx et la trachée, parfois même les bronches; sur un grand nombre de sujets atteints de cette maladie on a vu des fausses membranes se produire sur les plaies accidentelles ou artificielles; et cette complication même peut persister après que la maladie a abandonné son siége principal, alors que les voies aériennes en sont débarrassées, si bien que l'on voit des malades que l'on croyait guéris succomber non pas au croup ou à l'angine diphthéritique, mais aux suites de l'extension de la maladie à la peau. Pareil fait n'est point rare, et l'on voit la diphthérite occuper volontiers la plaie du cou, chez les malades qui ont subi la trachéotomie. La contagion est évidente. On ne compte plus aujourd'hui les faits de cette nature. Ils ont été d'abord signalés par MM. Bretonneau, Trousseau, Ramon, Leblanc, Gendron, Herpin, etc. La communication est facile par la toux,

(1) *Dictionnaire de médecine de Nysten*, 11e édition par E. Littré et Ch. Robin. Paris, 1858.

;pectoration, l'expuition... Les personnes qui soignent les malades, et principa- ient les médecins appelés à voir le mal de près et à toucher les fausses mem- ines, ont souvent payé de leur vie leur dévouement.

La maladie, comme toutes les maladies contagieuses et épidémiques, se montre ncipalement dans les centres populeux, dans les casernes, les colléges, les maisons ducation.

§ I. — Marche, durée, terminaison.

Nous ne pouvons indiquer que d'une manière générale la marche, la durée et terminaison de la maladie. En effet, il faudrait décrire des symptômes qui appar- nnent à l'histoire du croup, de l'angine (voy. ces articles). On conçoit combien maladie diffère suivant son siége. C'est ainsi que tantôt elle siége dans les narines ez un adulte ou n'affecte que la luette ou les amygdales, et en pareil cas la marche t rapide, la guérison fréquente; tantôt elle occupe le larynx, et alors la mort peut ırvenir par cause pour ainsi dire mécanique. D'autres fois la diphthérite occupe ut l'arbre aérien et s'oppose à la respiration; l'asphyxie en pareil cas est immi- nte, la marche de la maladie est rapide, la mort est prompte. La diphthérite nasale, ›u grave chez l'adulte, l'est extrêmement chez les nouveau-nés, qui ne respirent que ır les narines, etc. Enfin, il est utile de rappeler ce qu'on semble avoir trop oublié, ıe la mort n'est pas toujours le résultat d'une cause mécanique, et que le génie orbide, l'intensité de la fièvre, la malignité de la maladie jouent le principal rôle. ı durée de la diphthérite ne peut être fixée d'une façon absolue, cependant on peut re que, dans l'immense majorité des cas, la durée de cette maladie ne dépasse ıs une huitaine de jours; dans les cas graves elle se termine par la mort au bout ; deux ou trois jours (voy. *Croup*). Dans quelques cas on a vu la diphthérite ırer une quinzaine de jours, surtout lorsqu'elle se déplaçait, et occupait alterna- rement un point, puis un autre.

§ II. — Traitement.

Détruire les fausses membranes, modifier par des excitants les surfaces malades, ébarrasser les conduits obstrués à l'aide de moyens mécaniques, telle est la donnée énérale. A l'article *Angine diphthéritique* nous traitons longuement cette question. e grattage, la cautérisation avec le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre, l'acide hlorhydrique, le fer rouge, et avec presque tous les agents destructeurs empruntés la chimie, et l'emploi de topiques moins énergiques, tels que l'alun, le calomel, le itrate de potasse, le chlorate de potasse, tels sont les moyens conseillés contre la liphthérite. (Voy. art. *Angine diphthéritique*, *trachéotomie.*)

ARTICLE XV.

RACHITISME.

Je n'ai pas l'intention de m'étendre très longuement sur cette maladie qui a été objet d'études toutes spéciales. Je veux seulement la faire connaître dans ses oints les plus importants, renvoyant pour plus de détails aux travaux particuliers ubliés dans ces dernières années.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de *rachitisme* à une altération particulière des os pro
l'enfance, d'où résultent des changements dans le volume de ces parties, des
viations, un arrêt de l'ossification, qui, joints à une altération de l'économie
entière, constituent l'ensemble de la maladie.

Cette affection a reçu également les noms de *rakitis*, *rachitis*, *englische K*
heit (all.). Elle peut être rangée parmi les maladies chroniques assez fréqu
qui atteignent la seconde enfance.

§ II. — Causes.

M. Rufz (1) a étudié avec grand soin l'étiologie du rachitisme. Je dois lu
de nombreux emprunts.

Il est bien rare que cette affection se manifeste avant l'*âge* de six mois
an. Cependant on connaît quelques exemples d'enfants rachitiques à leu
sance. Guersant (2) les a rassemblés. A six mois, et même à un an, les f
rachitisme sont encore assez rares, et c'est dans le courant de la deuxième
que se manifestent principalement les premiers symptômes. Bien rarement l
tion commence au delà de trois ou quatre ans, puisque M. Rufz n'en a vu p
aucun exemple, quoiqu'il ait examiné sous ce rapport de deux à trois mille e

Il résulte des recherches de M. Rufz que les idées qu'on s'était faites gén
ment sur l'influence de la *constitution* ne sont pas très exactes, et que les at
du *tempérament* lymphatique, tels qu'ils sont exposés par les auteurs, ne so
ceux qui se rencontrent le plus souvent chez les rachitiques.

La mauvaise alimentation, le défaut de soins hygiéniques, l'habitation d
lieux froids et humides, la misère ; *toutes les causes qui peuvent débiliter l*
stitution sont rangées parmi les causes prédisposantes du rachitisme. « Su
enfants rachitiques, quatre-vingt-dix-huit, dit M. Trousseau (3), n'ont poi
allaités ou ont été prématurément sevrés. » M. J. Guérin, dans des travau
j'aurai à citer plus loin, a démontré par les faits que le *régime trop exclusiv*
animal est chez les enfants une des causes principales du rachitisme, et il
résulté pour lui une conséquence toute naturelle relativement au traiteme
l'indiquerai plus loin.

« Des faits précédents, dit M. Rufz, nous pouvons conclure que rien n
nous porter à penser que le rachitisme résulte d'une grossesse pénible, d'un
chement prématuré, d'une fécondité épuisée à cause du nombre des enfants, d
fluence de vieux parents, d'un vice héréditaire de famille ou de quelque tra
mation du vice scrofuleux, toutes causes assignées au rachitisme. »

Le même auteur démontre que l'influence d'un mauvais vaccin ne saura
regardée comme une cause réelle de la maladie.

Telles sont les données que nous avons sur l'étiologie du rachitisme. Su
sieurs points, de nouvelles recherches sont nécessaires. Parmi toutes ces cau

(1) *Rech. sur le rachitisme chez les enfants* (*Gazette méd.*, février 1834).
(2) *Dictionnaire de médecine*, art. RACHITISME, t. XXVII.
(3) *Journal des connaiss. méd.-chir.*, 15 mai 1852.

auvaise alimentation paraît être la plus importante; c'est ce qui résulte encore es expériences intéressantes faites par M. J. Guérin sur des chiens qu'il a réussi rendre rachitiques en leur donnant une nourriture qui ne leur convenait pas.

§ III. — Symptômes.

Il est une période de la maladie sur laquelle M. J. Guérin a particulièrement sisté (1) : c'est la *période d'incubation*, dont nous devons d'abord nous occuper.

Incubation du rachitisme. — Cette période manque très rarement, c'est à peine l'on peut citer trois ou quatre cas où il en soit ainsi. Très fréquemment elle ccède à une maladie grave et de longue durée. En pareil cas, les enfants, qui raissaient entrer en convalescence, ne se remettent pas complétement; ils restent stes, abattus; leur embonpoint ne revient pas; ils sont faibles, suent au moindre ercice; ils présentent, en un mot, tous les signes de la langueur générale. Chez certain nombre de sujets, ces phénomènes, qui caractérisent la période d'inbation, se manifestent sans avoir été précédés d'une maladie plus ou moins ave, et c'est surtout alors qu'il faut rechercher si l'alimentation est insuffisante mauvaise.

« M. Trousseau (2) attache une grande importance à l'arrêt de l'*évolution denire* comme manifestation du rachitisme; pour lui un enfant d'un an qui souffre s dents, et chez qui elles n'apparaissent pas, est sous le coup de la maladie. »

Période de déformation. — Cette période est celle qui a attiré spécialement ttention, parce qu'alors les signes deviennent évidents.

Le rachitisme se manifeste d'abord par la *tuméfaction des articulations.* Les épiyses des os longs, et principalement des poignets, des genoux et de chaque cou-pied se gonflent et forment des espèces de nœuds; ce qui fait dire dans le vulire que les enfants *se nouent.*

Puis viennent les *déformations*, qu'il serait trop long de décrire en détail, et l'on peut indiquer d'une manière générale. Les os longs se courbent, se tordent, dévient de leur direction naturelle. Ce n'est pas toujours, à beaucoup près, xagération de la courbure normale; très fréquemment, au contraire, il y a courre en sens opposé.

Les côtes se redressent; le sternum est porté en avant et fait saillie comme lui des oiseaux; parfois il offre des dépressions, ainsi que les os du bassin, qui nt déviés dans des sens très divers; il en est de même de la colonne vertébrale, nt les déviations ont été l'objet d'études toutes spéciales (3), et qui, par conséent, ne doivent pas nous occuper davantage. Il me suffit de dire que par suite de s déformations, les parois des cavités splanchniques peuvent avoir subi des modications qui gênent les fonctions des organes internes, et que les membres peuvent re déviés au point de gêner beaucoup les mouvements.

Il faut faire une exception en faveur de l'encéphale, car M. Rufz a remarqué

(1) *Mém. sur les caractères généraux du rachitisme*, lu à l'Académie de médecine, le juillet 1837 (*Gazette méd.*, 1839).

(2) Voy. Beylard, *Du rachitis, de la fragilité des os et de l'ostéomalacie.* Paris, 1852, in-4° ec 8 pl.

(3) Guérin, *Recherches.* — Bouvier, *Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. IV, p. 80.

que jamais les rachitiques n'ont présenté quelque symptôme qui puisse être rapporté à une altération de l'organe encéphalique. Cependant le crâne, chez les rachitiques, est volumineux, et les os de la face eux-mêmes acquièrent parfois un excès de volume.

Les symptômes du côté de la *poitrine* sont au contraire souvent remarquables, et ils le sont d'autant plus, que les déviations de la colonne vertébrale et des côtes sont plus considérables. M. Rufz décrit ainsi ces symptômes :

« La gêne de la respiration est extrême. La respiration, même dans l'état normal, se fait en grande partie au moyen du diaphragme.

» Cette gêne de la respiration imprime au facies des petits malades un caractère particulier ; ils ont les yeux largement ouverts, les narines fréquemment dilatées, la bouche demi-béante, et le teint pâle avec une nuance violacée.

» La toux de ces petits malades est empêchée ; elle a lieu par une ou deux secousses très faibles ; ils ne crachent pas comme tous les enfants.

» La percussion et l'auscultation appliquées à l'étude de leurs maladies ne nous ont offert aucun résultat particulier. »

Le même auteur, poursuivant l'examen des autres fonctions, s'exprime comme il suit :

« Le seul symptôme des affections abdominales qu'il a été facile de bien apprécier a été la *diarrhée*. Cette diarrhée n'a jamais paru très abondante, et n'a offert aucun caractère particulier.

» Le développement naturel de l'abdomen s'oppose à une appréciation exacte du météorisme et de la sensibilité de cette partie.

» Les rachitiques ne vomissent pas plus souvent que les autres enfants : ils n'offrent ni dans leur appétit, ni dans leur soif, rien de particulier ; mais la plupart ont le *pouls* peut-être plus fréquent que chez les enfants ordinaires, et ils présentent surtout une disposition à la *sueur* d'autant plus remarquable, que cette sécrétion est très rare dans les maladies des jeunes enfants. »

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Nous avons dit qu'il existe une *période d'incubation*, suivie d'une *période de déformation*. Celle-ci, ainsi que l'a très bien fait remarquer M. Guérin, peut avoir une marche *aiguë* ou une marche *chronique*, et l'on voit même souvent cette dernière marche succéder à l'état aigu.

La *durée* n'a rien de fixe ; en général, elle est de plusieurs mois, et quelquefois elle est fort longue.

La *terminaison* par la mort n'est pas la plus fréquente. Lorsqu'elle a lieu, les os se ramollissent toujours, la déformation augmente sans cesse. Les enfants s'affaiblissent de plus en plus, ils pâlissent ; leurs chairs deviennent molles et flasques ; ils maigrissent beaucoup. Ils présentent souvent un œdème plus ou moins étendu, puis survient une affection abdominale ou pectorale à laquelle ils succombent. Dans les cas, au contraire, où s'opère la guérison, la constitution se raffermit, l'appétit revient, la gaieté renaît, et bientôt les enfants présentent une très bonne santé, en conservant toutefois les déviations qui se sont opérées dans les os. Ceux-ci, comme l'anatomie pathologique l'a démontré, acquièrent une consistance plus grande qu'à

l'état normal. Aussi M. Guérin a-t-il fait de cette terminaison une période particulière sous le nom de *période d'éburnation*.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ont été étudiées avec le plus grand soin par MM. Rufz, J. Guérin, Beylard (1) et Bouvier (2). Je dois me borner à en donner une description succincte, et je l'emprunte au mémoire de M. Guérin. Elle se trouve dans les conclusions suivantes :

« 1° La texture des os rachitiques, dit M. Guérin, offre des caractères tout à fait différents, suivant qu'on les observe pendant la période d'*incubation du rachitisme*, pendant sa *période de déformation*, pendant sa *période de résolution*, différents au *commencement et à la fin* de chacune de ces périodes, différents enfin suivant les *degrés et l'ancienneté de l'affection*.

» 2° Pendant la période d'incubation du rachitisme, il se fait un épanchement de matière sanguinolente dans tous les interstices du tissu osseux, dans les cellules du tissu spongieux, le canal médullaire, entre le périoste et l'os, entre les lamelles concentriques de la diaphyse, entre les épiphyses et les diaphyses, entre les noyaux épiphysaires et leurs cellules, dans les os courts et les os plats comme dans les os longs, en un mot dans toutes les parties du squelette et dans tous les points du tissu osseux où se distribuent les radicules des vaisseaux nourriciers. De cet épanchement résultent le dédoublement des parties composantes du tissu, et le gonflement, le boursouflement des différentes portions du squelette.

» 3° Pendant la seconde période du rachitisme, période de déformation, en même temps que la trame du tissu osseux perd de sa consistance et se ramollit, la matière qui continue à se déposer dans tous les interstices du tissu osseux tend à s'organiser ; elle passe successivement de la forme cellulo-vasculaire à la forme cellulo-spongieuse. Cette matière, de nouvelle formation, est surtout abondante entre le périoste et l'os, entre la membrane médullaire et le canal, entre le périoste et la table externe des os plats, et entre les lames de ces dernières.

» 4° Pendant la troisième période, la période de résolution, le tissu de nouvelle formation, dans les os longs et dans quelques os plats et courts, passe à l'état de tissu compacte, et tend à se confondre avec l'ancien tissu, qui recouvre sa dureté première. Cette addition d'un tissu nouveau au tissu ancien donne une très grande épaisseur, et surtout une très grande largeur à quelques parties des os qui avaient été le siége de l'organisation du tissu spongieux nouveau de la période précédente.

» 5° Dans l'état que j'ai désigné sous la dénomination de *consomption rachitique*, et qui résulte d'un degré exagéré de l'affection, le dédoublement et l'écartement des parties composantes du tissu osseux ont été tels que leur réunion ne s'est pas opérée, et que l'organisation de la matière épanchée n'a pas eu lieu. Dans cet état, les cloisons et les lamelles osseuses sont restées écartées, et la consistance de l'os primitif a été réduite au point que sa couche extérieure n'est plus formée quelquefois que par une pellicule mince.

» 6° La texture des os rachitiques chez les adultes, quand la maladie s'est complétement résolue, offre une compacité et une dureté supérieures à celles de l'état normal.

(1) *Loc. cit.*
(2) *Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur*. Paris, 1858.

Dans cet état, que j'ai appelé *éburnation rachitique*, on ne distingue plus aucune trace de la réunion des éléments de l'ancien os avec ceux de l'os nouveau. »

Les auteurs ont, en outre, constaté que le rachitisme occasionne un arrêt de développement des os.

Je ne saurais mieux faire, pour compléter ces considérations sur les lésions que présentent les rachitiques, et indiquer les données que nous possédons sur les conditions organiques du développement de cette maladie, que de citer les conclusions suivantes d'une thèse importante publiée récemment sur ce sujet (1).

« 1° L'ostéoporose rachitique et la réduction à un état cartilaginiforme peuvent exister l'une à côté de l'autre à des degrés différents, de manière que c'est tantôt l'une, tantôt l'autre qui prédomine. Dans le rachistime général, le second de ces états existe quelquefois sur certains os, presque sans trace d'ostéoporose (Rokitansky).

» 2° La perte des matières calcaires est très évidente dans les corpuscules osseux et dans leurs rayons. A la suite de ces pertes, la structure lamellaire des os est effacée çà et là, tandis qu'à d'autres endroits, les lamelles paraissent comme séparées (Rokitansky).

» 3° L'agent dissolvant des sels calcaires dans le rachitisme est l'acide lactique (Lehmann).

» 4° L'urine des rachitiques peut contenir jusqu'au quadruple et au sextuple des sels calcaires contenus à l'état normal (Marchand). Elle contient aussi une quantité bien marquée d'acide lactique libre (Lehmann).

» 5° Les os rachitiques ne fournissent, par l'ébullition, ni de la gélatine, ni de la chondrine proprement dite (Marchand).

» 6° Lors de la réossification, les corpuscules osseux sont trouvés plus ou moins vides, plus petits, moins nombreux, et entourés, du moins en grande quantité, de canalicules rayonnés (Rokitansky).

» 7° Il existe une affection rachitique qui attaque tout particulièrement le crâne, et est suivie assez fréquemment de mort; elle éclate ordinairement avant le septième mois de la vie extra-utérine, et surtout dans le courant des trois premiers mois (Elsœsser).

» 8° A un âge qui peut être bien éloigné des premières années de la vie, il s'établit parfois une ostéoporose toute semblable à celle du rachitisme des enfants, et qui, d'ordinaire, attaque plus spécialement, même exclusivement, le crâne; elle atteint communément un degré très considérable, et elle est suivie d'une sclérose très prononcée (Rokitansky).

» 9° L'ostéoporose rachitique se reproduit quelquefois, à un âge avancé, chez des sujets qui en avaient été atteints dans leur jeunesse (Rokitansky).

» 10° La côte rachitique se gonfle, à son union avec le cartilage, s'imprègne de sang plus abondamment que dans l'état normal, passe à l'état de spongiole, et perd la plus grande partie ou la totalité de ses sels calcaires; puis il s'y dépose un tissu nacré, qui occupe d'abord les aréoles. Les aréoles, réduites à un tissu fibreux, disparaissent peu à peu, laissent des lignes grises dans le tissu nacré; puis ces lignes elles-mêmes disparaissent insensiblement; le tissu nacré reste seul, et finit

(1) Docteur Muhl, *Dissertation sur le rachitisme*. Thèses, Strasbourg, 1847.

par se convertir en cartilage, substance avec laquelle il a une si grande analogie (Rilliet et Barthez).

» 11° La marche rigoureusement ascendante du rachitisme ne peut pas être admise.

» 12° On ne peut pas dire non plus que les déformations se montrent toujours proportionnellement moins considérables, à mesure que du bas on remonte vers le haut.

» 13° Les bassins triangulaires peuvent aussi exister à la suite du rachitisme.

» 14° Le cerveau, d'après Rokitansky, est réellement hypertrophié dans les cas rachitiques.

» 15° Selon Engel, plus particulièrement, l'hydrocéphale n'existe, le plus souvent, que lorsque la poitrine est déformée en carène.

» 16° Lors de cette déformation thoracique, on trouve assez souvent un état hypertrophique des amygdales (Dupuytren, Warren, etc.).

» 17° Chez les enfants rachitiques, il existe bien moins souvent de la pneumonie qu'un état dit fœtal, accompagné très fréquemment de congestion. Souvent aussi on trouve, avec ou sans cet état fœtal, une pneumonie dite catarrhale, ayant son siége bien plus sur la muqueuse des bronchioles et des vésicules que dans l'intimité du parenchyme pulmonaire lui-même; de sorte que, par exemple, les interstices celluleux des lobules sont respectés (Legendre et Bailly).

» 18° L'immunité contre la tuberculisation, dans le rachitisme, dépend plus particulièrement d'un état plus ou moins cyanotique du sang (Rokitansky).

» 19° Jusqu'ici nous ne pensons pas qu'il existe un motif bien fondé pour faire du rachitisme un genre particulier, bien séparé des affections dites scrofuleuses.

» 20° Il n'est pas démontré que les états qui ont porté jusqu'ici le nom de rachitisme fœtal soient réellement des manifestations du rachitisme proprement dit (Guersant et Rokitansky).

» 21° Très probablement le régime animalisé ne doit pas être proscrit au même degré que le demandaient MM. J. Guérin et Trousseau.

» 22° En présence des déviations osseuses rachitiques des membres, qui ne peuvent être abandonnées à des efforts rectificateurs de la nature, il faut préférer le bandage amidonné aux appareils orthopédiques plus compliqués (Blandin). »

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

M. J. Guérin (1) a étudié avec un soin particulier le diagnostic de cette affection. Il la distingue des difformités de l'épine, de l'affection tuberculeuse des os, et de différentes espèces d'ostéomalacie avec lesquelles on l'a longtemps confondue. Le diagnostic différentiel entre les *déviations latérales de l'épine* et le rachitisme est trop important pour que nous n'en empruntions pas les détails à l'auteur que nous venons de citer.

« Les *déviations latérales de l'épine*, dit M. Guérin, ne seront plus attribuées exclusivement au rachitisme, parce que le plus grand nombre de ces difformités sont le résultat d'autres causes bien établies, et parce que la véritable déviation

(1) *Loc. cit.*, p. 481.

rachitique, assez rare d'ailleurs, surtout dans la classe aisée, est accompagnée de circonstances et de caractères qui la font aisément reconnaître. Il suffit de se rappeler que toute difformité rachitique de l'épine a nécessairement été précédée des symptômes généraux du rachitisme, et en particulier des déformations des membres inférieurs. En conséquence, toutes les difformités de l'épine manquant de cet accompagnement, du moins dans l'immense majorité des cas, ne sont point de nature rachitique et ne peuvent être confondues avec le rachitisme.

» Ajoutons que le tissu osseux des colonnes atteintes de déviations latérales sans les caractères extérieurs et de connexion que je viens de rappeler ne présente jamais les modifications de texture si caractéristiques du rachitisme. Les vertèbres n'offrent d'autres altérations que celles qui résultent de leurs changements de rapport, des efforts mécaniques anomaux auxquels elles sont soumises, en y comprenant l'influence du degré et de la durée d'action de ces influences, et celle plus générale de la déformation de l'épine sur tout l'organisme, et l'effet de cette réaction sur l'ensemble du tissu osseux. »

Quant à l'*affection tuberculeuse des os*, qu'on a assez souvent l'occasion d'observer dans la colonne vertébrale, elle se distingue du rachitisme en ce qu'elle atteint les sujets à un âge plus avancé ; qu'elle ne s'accompagne pas du ramollissement des autres os, qu'elle donne fréquemment lieu à des douleurs dans le point affecté. Il faut joindre à cela les considérations suivantes présentées par M. Guérin :

« Les os atteints de l'affection tuberculeuse sont, dit cet auteur, presque toujours les os spongieux ou les extrémités des os longs. L'affection ne s'annonce jamais avec un caractère de généralité comme le rachitisme : elle se montre au contraire sur certains points circonscrits du squelette, et les parties qu'elle affecte, comme les vertèbres et les épiphyses des os longs, n'offrent jamais la succession des phases si distinctes des altérations rachitiques ; finalement les tubercules, qu'on regarde à bon droit comme des corps parasites, envahissent successivement les différentes portions de l'os où ils se développent, en les détruisant plutôt mécaniquement que chimiquement, et laissant souvent aux portions conservées de ce tissu, mais avoisinant les points altérés, toute leur dureté, toutes leurs dispositions de texture primitive. »

Quant à l'*ostéomalacie*, je n'en parlerai pas ici ; quelques lignes que je consacrerai à cette affection, dans l'article suivant, feront assez connaître ses signes différentiels.

Pronostic. — Si l'on considère le rachitisme au point de vue de l'existence du sujet, on peut dire que cette affection n'est généralement pas grave ; mais plusieurs raisons doivent néanmoins la faire ranger parmi les maladies les plus fâcheuses. C'est d'abord la déviation des os, d'où résulte une déformation souvent incurable ; et en second lieu le rétrécissement des cavités splanchniques, d'où résulte une gêne des fonctions bien connue de tout le monde, gêne qui abrége souvent l'existence et qui occasionne parfois des accidents graves (dans la parturition en particulier).

§ VII. — Traitement.

Je ne m'occuperai pas, dans l'exposé du traitement, des moyens chirurgicaux employés pour remédier à la déviation des os, et qui constituent l'*orthopédie ;* c'est

traités spéciaux qu'il faut les chercher. Je me contenterai de passer en divers moyens destinés à raffermir la constitution et à arrêter le ramol-: du tissu osseux.

ues, ferrugineux.—En première ligne, nous devons placer les médicaments , et en particulier les ferrugineux. Je ne m'occuperai ici que de ces der-dministration des toniques proprement dits étant familière à tout le monde.) recommande beaucoup le *fer*, qu'il administre comme il suit :

naille de fer.......... 2 gram.	Sucre blanc.............. 12 gram.

une pincée matin et soir.

ın du fer et de la *rhubarbe* est regardée par quelques auteurs allemands ın remède d'une très grande efficacité. Strack (2), et après lui les doc-:hter, Sachs, etc., ont beaucoup insisté sur l'utilité de ce mélange. Voici e du docteur Richter, dans laquelle entrent quelques-unes des substances ; indiquerons plus loin :

maille de fer....... 8 gram.	Poudre de cannelle....... 1,25 gram.
›udre de gentiane.... 2,50 gram.	Extrait d'absinthe........ Q. s.
de rhubarbe.... 1,25 gram.	

les pilules de 0,10 grammes. Dose : de trois à quatre par jour.

rouve souvent de la difficulté à faire prendre les pilules aux enfants. Le ıélange suivant, proposé par le docteur Sachs (3), est préférable sous ce

›r pulvérisé...... } ââ 0,25 gram. ıubarbe......... }	Sucre blanc............. 50 gram.

en huit paquets. Dose : d'abord un par jour, puis deux, et plus graduellement.

ndique pas les autres préparations ferrugineuses qu'on peut donner aux elles sont trop connues.

:teur Most (4) a avancé que la *rhubarbe* seule, donnée avec persévérance, :urer la guérison du rachitisme ; mais cette proposition a besoin d'être sur des faits.

ns. — On n'emploie guère aujourd'hui les médicaments alcalins contre le ıe. Cependant on cite (5) plusieurs auteurs, et entre autres Pujol (6) et ıui attribuaient une grande efficacité à ces médicaments. Mais on voit bientôt confiance dans ces moyens venait des idées théoriques qu'ils se faisaient ladie, et que les faits à l'appui sont encore à désirer. L'*eau de Vichy*, le *ate de soude*, l'*eau de chaux*, etc., forment la base de ce traitement. ecommandait particulièrement le *phosphate d'ammoniaque*, qu'il admi-ussi contre les scrofules.

zette médicale de Paris, janvier 1835.
tionnaire des sciences médicales.
ndwörterbuch, etc.
:yklopædia, t. II.
tionnaire des sciences médicales.
uvres de médecine pratique. Paris, 1823.

Bains. — Les *bains d'eau salée*, les *bains de mer*, sont aussi conseillés aux rachitiques. Ces bains sont ordinairement donnés à une température peu élevée, et c'est peut-être autant à leur tonicité comme bains froids qu'à leur action comme bains médicamenteux, qu'on doit attribuer les effets avantageux qu'ils produisent chez un certain nombre de rachitiques.

D'autres bains médicamenteux jouissent aussi d'une grande réputation; je veux parler des *bains sulfureux* et des *bains iodés*. C'est principalement parce qu'on a regardé le rachitisme comme une affection de la même nature que les scrofules, que ces moyens ont été prescrits. Quelle est leur efficacité réelle? Personne ne pourrait le dire, car les recherches manquent sur ce point. Quant à l'administration de ces bains, elle se fait comme chez les enfants scrofuleux.

Les *bains*, les *douches aromatiques* sont fréquemment conseillés, mais on doit les regarder comme des moyens adjuvants. Suivant M. Rapou, les *bains de vapeur* seraient avantageux. Il est permis de révoquer en doute l'exactitude de cette assertion, jusqu'à ce que des faits très concluants soient venus la démontrer.

L'*iode* à l'intérieur a dû nécessairement être administré dans une affection qu'on a, ainsi que je l'ai fait déjà remarquer, rapprochée des scrofules. Déjà Erdmann (1) avait recommandé l'*éponge brûlée;* aujourd'hui on administre l'iode aux rachitiques comme aux scrofuleux (2).

Les mêmes réflexions s'appliquent à l'emploi de l'*huile de foie de morue*, très répandu en Allemagne. Le docteur Fehr, qui la regarde comme très efficace, la prescrit ainsi qu'il suit :

℞ Huile de foie de morue......	30 gram.	Huile de calamus aromaticus...	3 gouttes.
Solut. aqueuse de carb. de pot.	4 gram.	Sirop d'écorce d'orange.......	30 gram.

Mêlez. Dose : d'une à deux cuillerées à bouche le matin, à midi et le soir.

Le docteur Rœsch (3) donne une formule un peu différente :

℞ Huile de foie de morue.	ãã 30 gram.	Eau d'anis...............	30 gram.
Sirop d'orange.......		Huile de calamus aromaticus..	3 gouttes.

Mêlez. Dose : une cuillerée à bouche le matin, à midi et le soir.

Comme on le voit, cette dernière dose est plus considérable. Quant au mode d'administration, ce qu'il importe surtout, c'est de masquer le goût très désagréable du médicament. Je ne rechercherai pas ici quelle est l'efficacité réelle de ce moyen; je renvoie, à ce sujet, à l'article *Scrofule*, les réflexions que j'ai présentées dans cet article pouvant parfaitement s'appliquer ici.

Tels sont les principaux médicaments vantés contre le rachitisme; je me contenterai d'en signaler quelques autres qui ont été recommandés comme ayant des vertus particulières, sans que nous connaissions les faits qui prouvent l'exactitude de cette assertion.

Je ne crois pas que l'observation du docteur Neumann (4) soit très concluante

(1) *Aufs. und Beob. aus allen Theilen der Arzneiwissenschaft und der Naturkunde*, etc. Dresde, 1802, in-8°.
(2) Voy. *Scrofule* (traitement).
(3) *Med. corresp. Blatt*, n° 39.
(4) *Chron. Krankheiten*, p. 83.

en aveur de l'*asa fœtida;* il l'associe en effet au carbonate de fer et à la rhubarbe, qui, comme on sait, ont été préconisés de leur côté, en sorte qu'on ne peut pas savoir quelle est la valeur propre de l'asa fœtida. Voici la formule du docteur K. G. Neumann :

℞ Asa fœtida....	àà 12 gram.	Racine de gingembre........	6 gram.
Carbonate de fer......		Extrait de pissenlit.	Q. s.
Rhubarbe en poudre....	6 gram.		

Faites des pilules de 0,10 grammes. Dose : de quatre à cinq, trois fois par jour.

Le docteur Melchior Imbibo (1) a fait prendre l'asa fœtida à la mère, pour un rachitisme chez un enfant à la mamelle. Ce médecin ne cite qu'un fait isolé. Le docteur Freiler associe l'*asa fœtida* au *vert-de-gris* ainsi qu'il suit :

℞ Asa fœtida.............	10 gram.	Sous-acétate de cuivre....	1,50 gram.

Mêlez. Faites cent soixante pilules. Dose : de deux à trois par jour.

Il faudrait de nombreuses observations détaillées pour mettre hors de doute l'efficacité et l'innocuité de ce médicament.

La *garance* a joui d'une grande réputation. Levret lui attribue une grande efficacité (2) ; il recommande l'infusion suivante :

Garance................	4 gram.	Eau....................	500 gram.

Faites infuser. Ajoutez :

Sel végétal..............	2 gram.	Bon vin blanc.......	1/8 de l'infusion.
Miel blanc..............	13 gram.		

Cette quantité doit être prise en deux jours.

Je n'insiste pas sur ce médicament, dont les expériences faites sur le développement des os ont pu donner l'idée, et qui a besoin d'être de nouveau expérimenté.

Je citerai encore l'*extrait d'osmonde royale*, donné par le docteur Aubert à la dose de 12 grammes tous les matins, pendant deux mois et plus ; l'*acide phosphorique*, vanté par Lentin et Hufeland : le *café de glands* (Schæffer) ; les *bains d'air comprimé*, que recommande M. Pravaz, et le *charbon animal* (Schindler), pour l'administration duquel le docteur Radius (3) donne la formule suivante :

℞ Charbon animal........	25 gram.	Réglisse................	25 gram.

Mêlez. Faites une poudre. Dose : d'une demi-cuillerée à une cuillerée à café, deux ou trois fois par jour.

Soins hygiéniques, régime. — Mais ce qui prouve combien peu on doit avoir confiance dans la plupart des médicaments qui viennent d'être passés en revue, c'est l'unanimité des auteurs pour recommander avec insistance les soins hygiéniques, que la plupart regardent comme les seuls moyens réellement efficaces.

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1834.
(2) *Dictionnaire des sciences médicales*, t. XLVI, p. 620.
(3) *Auserles. Heiff.*, 1836.

L'air de la campagne ; l'exercice au grand air et au soleil, lorsque les os ont assez de force ; l'habitation dans un lieu sec et bien aéré ; la station couchée, si les os sont trop mous, afin d'éviter les déviations ; l'exercice passif en pareil cas, sont des moyens de la plus grande importance. On favorise leur action par des frictions sèches sur tout le corps.

Le *régime* généralement recommandé se compose d'une nourriture principalement animale, d'un peu de vin généreux et pur ; en un mot, de tout ce qui peut fortifier l'économie sans produire une trop forte excitation. Toutefois il faut se garder de trop insister sur l'alimentation animale : les recherches importantes de M. Guérin ont en effet prouvé, comme nous l'avons vu plus haut, qu'une nourriture trop exclusivement animale est une cause de rachitisme chez les enfants très jeunes, et, en pareil cas, ce qu'il faut bien se garder d'oublier, c'est au contraire une *nourriture végétale*, qui convient aux malades et qui rend aux os leur solidité normale.

Enfin, lorsque les os ont repris une consistance suffisante, les exercices gymnastiques bien dirigés contribuent à affermir le système osseux. Restent les *moyens orthopédiques*, dont, je le répète, je n'ai pas à m'occuper ici.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Toniques, ferrugineux ; alcalins ; bains de mer, sulfureux, iodés, aromatiques ; douches ; iode ; huile de foie de morue ; asa fœtida, garance, osmonde royale, charbon animal, etc. ; soins hygiéniques, régime.

ARTICLE XVI.

OSTÉOMALACIE.

Je ne saurais entrer dans de grands détails sur cette affection, qui est ordinairement secondaire et toujours incurable, suivant tous les médecins qui s'en sont occupés. M. J. Guérin, ayant fort bien résumé les caractères de cette affection dans un passage de son mémoire, je me bornerai presque uniquement à reproduire cet extrait. Le lecteur pourra aussi consulter un travail fort intéressant de M. Stanski (1) sur ce sujet, ainsi que l'excellente thèse de M. J. Beylard (2).

L'*ostéomalacie* est le ramollissement des os chez l'adulte. M. Stanski l'a cependant observé chez le nouveau-né ; mais c'est là un fait exceptionnel. On l'a aussi décrite sous le nom d'*ostéomalaxie.*

M. Beylard (3) pense que l'*hérédité* est une cause prédisposante de l'ostéomalacie aussi bien que du rachitisme, que ce médecin, du reste, considère comme une maladie de même nature.

Elle survient chez des sujets profondément débilités par la misère, les privations de toute espèce, et surtout par une affection chronique grave.

Voici la description succincte qu'en donne M. Guérin :

« Le ramollissement des os chez les adultes, pour lequel je réserve la dénomina-

(1) *Recherches sur les maladies des os désignées sous le nom d'ostéomalacie.* Paris, 1851.
(2) *Loc. cit.*
(3) *Loc. cit.*

stéomalacie, est le résultat de *causes spécifiques*, comme du *scorbut*, de la *is*, du *rhumatisme*, ou de quelque vice particulier, comme le *vice cancé-* tous les sujets qui l'ont offert avaient présenté, avant le début du ramollis-:, les symptômes généraux de ces altérations.

: ramollissement s'était annoncé par des *douleurs vives et profondes* dans La *marche* de la maladie est lente; elle *dure* un grand nombre d'années, iefois jusqu'à vingt ans; elle ne s'annonce pas simultanément dans toutes les du squelette, ni de bas en haut, mais elle ne l'attaque que par fractions, si ue quand on ouvre un sujet qui l'a présentée à un degré encore peu avancé, uve des os isolément affectés, et même des portions d'os tout à fait ramollies d'autres portions du même os conservant leur résistance et leur texture nor- Je possède plusieurs exemples de ce ramollissement partiel observé sur des morts à la suite de cancers de l'estomac, du sein et de l'utérus...

i l'on examine de près la nature de l'altération du tissu, on acquiert par cette nspection la conviction que l'ostéomalacie et le rachitisme sont deux affec- ssentiellement différentes. Dans l'une, le tissu osseux est véritablement ra- comme carnifié par places, et ne conserve plus rien de la consistance ni de ure de l'os sain : c'est comme si l'on avait versé sur le siége du ramollisse- ine liqueur très énergique qui eût eu la propriété de faire disparaître immé- ient toute trace de sels calcaires, pour ne laisser plus qu'une trame fibro- gineuse ou même charnue, présentant çà et là de larges aréoles semblables nus veineux du foie; cette trame est tantôt jaune rosé, tantôt rougeâtre, vin, toujours élastique, se coupant très facilement au couteau, mais quel- s comme incrustée dans d'autres portions de tissu sain. Cette circonscription naladie est loin d'être constante; à une époque très avancée, il arrive sou- ue tout le squelette a participé au ramollissement, et il ne reste plus, ainsi l'a vu dans quelques observations rapportées par les auteurs, aucune appa- de l'organisation primitive des os.

e mode de *terminaison* de l'ostéomalacie, qui est toujours fâcheux, ajoute its de dissemblance qu'il y a entre elle et le véritable rachitisme. » Il résulte ramollissement des distorsions des os, des déviations des membres, telles que lividus deviennent informes. M. Stanski en a cité et fait dessiner des exem- trêmement remarquables.

ésulte de ce qui précède que le traitement n'est guère que palliatif. Donner *mants* pour apaiser les douleurs, les toniques pour soutenir les forces, et ser, s'il est possible, au progrès du ramollissement des os, telles sont les pales indications.

nmoins MM. Trousseau et Lasègue (1), qui sont arrivés à des conclusions ibles à celles de M. Guérin sur la nature de l'ostéomalacie et sur la différence iste entre elle et le rachitisme, ont cité des faits pour démontrer que l'*huile de morue*, employée à doses élevées et avec persévérance, peut procurer la on de cette maladie, En conséquence, on donnera ce médicament à la dose cuillerée à bouche d'abord, puis de deux, de trois, de quatre, et plus encore

Du rachitisme et de l'ostéomalacie comparée (*Union médicale*, juin, juillet et août

s'il est supporté. Pendant l'été, MM. Trousseau et Lasègue font prendre des *bains de rivière*, et pendant l'hiver des *bains sulfureux.*

ARTICLE XVII.

GLYCOSURIE (1), OU DIABÈTE SUCRÉ.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE DIABÈTE HISTORIQUE.

[Le mot *diabète* est un nom générique par lequel on a désigné un certain nombre de maladies essentiellement distinctes, bien que quelques-unes aient de grands traits de ressemblance entre elles. Les progrès de la pathologie et l'étude attentive de l'altération des humeurs, faite dans ces dernières années, nous permettent aujourd'hui de rejeter entièrement du genre *diabète* plusieurs de ces affections, et de tracer une ligne de démarcation tranchée entre elles et celles qui peuvent encore, quoique d'une manière très générale, se ranger sous cette dénomination peu précise : c'est ce que je vais faire avant d'aborder la description des états morbides qui doivent trouver place ici.

Un *historique* très bien présenté par M. Contour, dans son intéressante thèse sur le diabète sucré (2), nous fait connaître les diverses phases par lesquelles a passé l'histoire du diabète dans les temps anciens ; et les conclusions qui en découleront naturellement me serviront à établir avec rigueur la manière dont j'entends que doit être envisagée l'affection diabétique.]

Si l'on en croit Nicolas et Gueudeville (3), le diabète aurait été connu dès la plus haute antiquité, et Aristote en aurait parlé ; mais les auteurs du *Compendium* n'ont pu trouver dans les écrits du philosophe grec aucun passage où il fût question de cette maladie. Presque tous les auteurs s'accordent à faire remonter seulement à Celse la connaissance du diabète ; mais la description donnée par cet auteur est très sommaire, et ne peut se comparer à celle d'Arétée, qui est d'une grande précision. Quant aux auteurs qui vinrent ensuite, et parmi lesquels M. Contour a cité principalement Aétius (4), Paul d'Égine (5) et Actuarius (6), ils n'ont rien ajouté à ce que l'on savait avant eux, et il faut arriver à Willis pour voir l'histoire du diabète changer pour ainsi dire de face.

Avant ce dernier auteur, en effet, on ignorait complétement que la présence du sucre dans l'urine fût un des caractères essentiels du diabète proprement dit, maladie désignée pour cela sous diverses dénominations qui seront indiquées plus loin. Willis, en reconnaissant le goût de sucre ou de miel des urines diabétiques mit sur la voie de la découverte ; toutefois l'existence de la matière sucrée n'avait pas été mise hors de doute par l'analyse. Pool et Dobson (1775), au rapport de

(1) Il y a quelques années on écrivait *glucosurie* : c'était à tort, ainsi que le fait remarquer M. Littré ; car le mot grec γλυκύς doit se traduire en français par *glycose*. (Voy. *Dictionnaire de médecine* de Nysten, 11e édit. Paris, 1858.)

(2) *Du diabète sucré*. Thèse, Paris, 1845.

(3) *Rech. et exp. méd. et chim. sur le diabète u phthisurie sucrée*. Paris, 1803.

(4) Titre III, sem. 3, cap. I.

(5) *De re medica*, lib. III, cap. XLV.

(6) *De meth. med.*, lib. III, cap. VII et passim.

M. Bouchardat (1), ne firent que l'entrevoir, et ce fut Cawley (1778) qui, par ses expériences chimiques, démontra, d'une manière péremptoire, la présence du sucre dans l'urine des diabétiques.

A une époque plus rapprochée de nous, Nicolas et Gueudeville, non-seulement constatèrent l'exactitude de cette observation, mais encore étudièrent avec soin la maladie, et à l'aide des faits qu'ils avaient recueillis, tracèrent une histoire du diabète citée avec honneur par tous les auteurs venus après eux. Dupuytren et Thenard (2) publièrent, peu de temps après, un mémoire dans lequel ils insistèrent fortement sur l'importance du régime animal dans le traitement de la maladie.

Récemment des travaux fort importants ont été entrepris sur le diabète : je citerai ceux de M. Bouchardat (3), de M. Mialhe (4), de M. Cl. Bernard (5), qui ont donné des théories diverses de la maladie ; l'application de l'appareil de M. Biot à la recherche du sucre dans l'urine, les procédés chimiques pour découvrir ce sucre ; mais comme ce sont là les principaux matériaux qui me serviront pour l'article qui va suivre, il serait inutile d'entrer ici dans de plus grands détails.

La découverte de la matière sucrée servit à distinguer une espèce de diabète de toutes les autres. Mais on n'en admit pas moins beaucoup d'autres qu'on regardait comme des affections sinon de même nature, au moins analogues. Ainsi Cullen (6) reconnaissait les espèces suivantes, divisées en deux sections : 1° *Diabète idiopathique*, comprenant le *D. mielleux* et le *D. insipide* ; 2° *Diabète symptomatique*, comprenant le *D. hystérique*, le *D. arthritique* et le *D. artificiel*, qui n'est autre chose que le résultat des expériences de Malpighi sur un animal vivant. A ces espèces, qui sont, à peu de chose près, celles qu'on trouve dans la *Nosographie* de Sauvages, il faudrait joindre, d'après divers auteurs, un *diabète laiteux*, un *diabète chyleux*, un *diabète par excès d'urée*.

Plusieurs auteurs récents, parmi lesquels on doit citer MM. Andral et Bouillaud (7), rejetant la plupart des divisions anciennes, ont cependant décrit deux espèces différentes, qui sont le *diabète aqueux* ou *insipide* et le *diabète sucré*.

Je n'ai pas besoin de dire combien on aurait tort de regarder, avec Cullen et Sauvages, comme des diabètes, c'est-à-dire comme des maladies caractérisées par une altération du liquide urinaire, les flux plus ou moins copieux d'urine qui s'observent à la suite des attaques d'hystérie, et qui accompagnent quelques autres états morbides. Quant aux urines laiteuses, chyleuses, purulentes, elles se trouvent dans d'autres affections dont nous avons parlé (8), et ne méritent en aucune manière le nom de diabète.

Reste donc la division en *diabète aqueux* ou *insipide*, et *diabète sucré*. Si l'on

(1) *Monographie du diabète sucré* (*Ann. de thérap.*, 1841).
(2) *Sur le diabète sucré* (*Bulletin de la Société de médecine*, 1806).
(3) Voyez le résumé de tous ses travaux dans le *Bulletin de l'Académie de médecine*, 31 mars 1850, t. XV, p. 538, et *Mém. sur le diabète ou glycosurie, son traitement hygiénique* (*Mém. de l'Académie de médecine*, Paris, 1852, t. XVI, p. 69).
(4) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1844 et 1845.
(5) *Leçons sur les propriétés des liquides de l'organisme* (*Cours de médecine du collège de France*, Paris, 1859, t. II).
(6) *Éléments de médecine pratique*, t. II.
(7) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article DIABÈTE.
(8) Voy. *Hématurie rénale*, *Pyélite*, etc.

veut conserver le mot *diabète*, il est difficile de repousser cette division, car on a vu des sujets présenter des symptômes fort analogues à ceux qui accompagnent la phthisurie sucrée, sans qu'il y eût un atome de sucre dans les urines, et ces deux affections ont tant de rapport, qu'on a fait tout ce qu'on devait, en les décrivant comme deux espèces distinctes. Mais s'il existe de nombreux points de ressemblance, il y a aussi des différences importantes, et, pour plus de précision, il vaut mieux, je pense, abandonner entièrement cet ancien mot de *diabète*, comme on a abandonné celui de *dyspnée*, en tant que désignant une maladie et non un simple symptôme. C'est, au reste, ce qui a été proposé par les divers auteurs qui ont écrit sur ce sujet dans ces dernières années, et les considérations précédentes ont assez de poids pour motiver un néologisme qui, en tout autre état de cause, devrait être repoussé. On a décrit, en effet, sous les noms de *polyurie*, *glycosurie* et *hippurie*, trois états morbides différents qui ont fait partie, jusqu'à ces derniers temps, d'une affection complexe nommée *diabète*. La polyurie ne réclame pas un article à part, et je vais seulement en dire quelques mots comme introduction à l'étude de la glycosurie. Quant à l'hippurie, elle sera traitée après le diabète.

1° POLYURIE, OU DIABÈTE INSIPIDE.

Sous le nom de *polyurie*, on doit réunir, quant à présent, plusieurs états pathologiques désignés autrefois par l'expression de *diabète aqueux* ou *insipide*. Ce sont: 1° l'excrétion augmentée d'une urine qui ne diffère de l'urine à l'état normal que par la diminution relative des principes solides; 2° une affection dans laquelle, l'urine étant également abondante, on trouve une diminution très notable ou même la disparition complète de l'urée; 3° enfin un état dans lequel l'urée est beaucoup plus abondante que dans l'état normal.

Ces deux dernières affections ont été appelées *anazoturie* ou *azoturie*, suivant que le principe constituant de l'urine qui vient d'être indiqué manque ou est plus considérable qu'à l'état sain.

La plupart des polyuries ne sont évidemment autre chose que la maladie que nous avons décrite sous le nom de *polydipsie* (1); il serait par conséquent inutile d'entrer ici dans de grands détails à ce sujet. Seulement nous devons reconnaître que, dans quelques cas, l'urine n'est pas en rapport avec la quantité des boissons prises, et c'est à ces cas qu'il faut réserver particulièrement le nom de *polyurie*.

1° Lorsque l'urine des polyuriques ne présente d'autres caractères qu'une *diminution relative de ses principes solides*, il n'est pas rare de voir se maintenir un état de santé parfait, ou du moins très supportable. Cardan, cité par M. Contour (2), a rendu, pendant quarante ans, de 60 à 100 onces d'urine par jour, sans qu'il éprouvât le moindre dérangement de sa santé, pas même un peu d'amaigrissement. La soif, en pareil cas, n'était pas augmentée. Les cas de ce genre sont rares. Ordinairement on *observe* un peu d'*affaiblissement*, une certaine *langueur*, l'*épaississement de la salive*, la *sécheresse de la gorge*, et enfin un peu d'*amaigrissement*. Ces symptômes, avec l'émission fréquente et incommode d'une urine

(1) Voy. *Maladies des voies digestives*.
(2) *Loc. cit.*, p. 70.

ou point colorée, ayant *perdu une partie de sa pesanteur spécifique*, légère-t *acide* ou *neutre*, complètent le tableau de cette affection plutôt fatigante grave.

• Lorsque l'affection a pour caractère une diminution considérable ou la *dispa-on de l'urée*, les symptômes sont un peu plus sérieux. Voici ceux que Robert lis observa chez un de ses malades, qui peut être donné comme un type : *, douleur au creux de l'estomac, langueur, amaigrissement, dépression* très ide des *forces*, émission chaque jour de 6 *à* 7 *chopines d'urine* de *couleur le*, presque *sans odeur*, ne contenant que la *cinquantième partie de son poids ésidu*, dont l'*urée constituait seulement la dixième partie*, au lieu de la moitié. z un malade observé par le docteur Stosch, on observait une soif vive, une *leur poignante* au creux de l'estomac, l'amaigrissement, un affaiblissement con-rable, l'émission chaque jour de 4 à 6 livres d'une urine ne contenant pas de re, et présentant à peine quelques traces d'urée (1). Ces symptômes sont, comme le voit, identiques, à quelques nuances près, dans les deux cas.

° Quand, au contraire, il existe un *excès durée*, qu'il y a, en d'autres termes, *turie*, les symptômes paraissent être un peu plus graves, quoiqu'ils ne soient pas érents par leur nature, si l'on s'en rapporte du moins à la description donnée Robert Willis. Ce sont encore la *soif* assez vive, la *langueur*, la *diminution des* *es* et l'*émaciation*. L'*urine*, dont la quantité est augmentée d'une manière no-e, est transparente, peu colorée, d'une odeur presque nulle, et d'une densité inairement élevée. L'analyse chimique y fait reconnaître une quantité d'urée ois très considérable, et toujours plus grande qu'à l'état normal.

a polyurie a une marche toujours très lente, sa *durée* est indéterminée; elle tend pas naturellement à la guérison, quelle que soit la nature de l'urine rétée.

e *diagnostic* de cette affection ne présente pas de difficultés sérieuses; on dis-ue une véritable polyurie d'une simple *polydipsie* aux rapports qui existent re la quantité des boissons ingérées et de l'urine excrétée. Dans la véritable po-ie, les urines sont beaucoup plus abondantes que ne le comporte la quantité boissons; dans la polydipsie, au contraire, la quantité de l'urine est en propor-de la quantité des liquides ingérés.

leste donc seulement le diabète sucré, ou *glycosurie;* mais la présence du re, qu'il sera facile de reconnaître avec les moyens que j'indiquerai dans l'ar-e suivant, est un signe pathognomonique, et suffit, par conséquent, pour le gnostic.

e *pronostic* n'a pas généralement une grande gravité; cependant nous avons que dans les cas d'*azoturie* et d'*anazoturie*, l'affection peut devenir sérieuse.

e *traitement* diffère suivant les variétés que j'ai indiquées plus haut. Pour la ple polyurie, on doit employer uniquement les moyens mis en usage dans la *po-ipsie*. Ce sont l'*opium*, les *antispasmodiques*, les *ferrugineux*, les *toniques*, *astringents*, le *calomel*, etc. (2).

Dans les cas d'*anazoturie*, on doit joindre à ces moyens le *régime* presque exclu-

(1) Contour, p. 70 et 71.
(2) Voy. article *Polydipsie*.

sivement *animal*, et dans les cas d'*azoturie* il faut au contraire les aider du *régime végétal*.

L'affection que je viens de décrire n'a pas, comme on peut s'en assurer par la lecture des auteurs, été étudiée avec tout le soin désirable; c'est pourquoi, en l'absence de documents précis, je me hâte de passer à une maladie beaucoup plus importante, et sur laquelle nous possédons d'excellents travaux, c'est-à-dire à la *glycosurie*, ou diabète sucré.

2° GLYCOSURIE, OU DIABÈTE SUCRÉ.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La définition suivante, donnée par M. Contour, expose très bien les principaux caractères de la maladie : « Le diabète, dit cet auteur, est une maladie caractérisée par une excrétion très abondante d'urine contenant toujours une matière saccharine cristallisable analogue au sucre de fécule, accompagnée d'une augmentation notable de l'appétit, d'une soif inextinguible et d'un amaigrissement progressif. »

Cette affection a été désignée d'abord par le nom générique de *diabète*, puis par ceux de *urinæ profluvium*, *tabes urinalis*, *dysenteria nephretica*, *hydrops ad matulam*, *dipsacus*, *diabetes anglicus*, *mellitus*, *urorrhea*. Les Allemands lui donnent les noms de *Harnfluss*, *Harnruhr*, etc. M. Bouchardat a proposé de lui donner celui de *glycosurie*, qui a l'avantage de désigner le principal caractère de la maladie, et de supprimer l'ancien mot de *diabète*, qui peut donner lieu à la plus grande confusion. C'est cette dénomination qui me paraît devoir être définitivement adoptée.

Sans être une maladie commune, la glycosurie est loin d'être rare ; on peut en juger par le grand nombre d'auteurs qui en ont parlé, et qui, presque tous, l'ont fait d'après des observations qui leur étaient propres.

§ II. — Causes.

Il y a à examiner dans la glycosurie deux ordres de causes très différentes : les unes, qui sont celles qu'on doit étudier dans toutes les maladies, peuvent être divisées en causes prédisposantes et occasionnelles; nous allons voir que beaucoup d'entre elles sont très obscures. Les autres peuvent être désignées sous la dénomination de *conditions organiques*, et c'est en les recherchant que nous exposerons et apprécierons les diverses théories pathogéniques présentées par les auteurs.

1° Causes prédisposantes.

Age. — « C'est, dit M. Contour, dans la période moyenne de la vie, c'est-à-dire de trente à quarante ans, que le diabète s'observe le plus fréquemment ; toutefois aucun âge ne paraît en être à l'abri. Ainsi, bien qu'à l'hôpital des Enfants cette maladie soit excessivement rare, et que Guersant m'ait dit n'en avoir jamais rencontré que deux exemples, tant à l'hôpital que dans sa clientèle, le docteur Venables l'a observée assez souvent à Londres, chez de jeunes sujets, mais peut-être a-t-il été trop loin en disant que cette affection est très commune chez les enfants, et que, si

l'opinion contraire a prévalu, c'est que le plus souvent on en méconnaît l'existence. » Plusieurs auteurs, tels que Mac-Gregor, Robert Willis, Rollo (1), Johnson, Bouchardat, l'ont observée chez des enfants de trois à neuf et douze ans. M. Hauner (2) en a observé un cas chez un enfant d'un an. Le docteur Heim de Berlin en rapporte deux observations chez deux enfants l'un de sept l'autre de neuf ans (3). J'ai vu moi-même un enfant de six ans mourir de cette maladie. C'est dans la vieillesse que la glycosurie paraît être le plus rare : en effet, on n'en a trouvé que très peu d'exemples à cet âge ; ils sont dus à P. Frank et à M. Berndt. Tout récemment, j'en ai observé un chez un vieillard de soixante et douze ans.

Sexe. — Suivant Robert Willis, le sexe n'a aucune influence sur la production de la glycosurie ; cependant la plupart des auteurs affirment que cette maladie est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme ; c'est, comme on le voit, un sujet de recherches qui mérite l'attention des observateurs.

Constitution. — Les auteurs ne sont nullement d'accord sur l'influence de la constitution, et leurs opinions à ce sujet sont tellement contradictoires, qu'il faut nécessairement attendre, pour se prononcer, que nous ayons des documents plus précis. On devra prendre garde, dans les recherches qu'on entreprendra, de s'en laisser imposer par la détérioration que produit nécessairement la maladie, ou, en d'autres termes, de confondre la constitution acquise avec la constitution primitive.

Saisons, climats. — Le paragraphe suivant de la thèse de M. Contour est un bon résumé de nos connaissances sur ce point ; il importe, par conséquent, de le consigner ici. « Le diabète, dit-il, n'est nulle part plus commun qu'en Hollande et en Angleterre, et Robert Willis dit que son ami le docteur Babington lui a appris que, pendant qu'il se préparait à passer un examen à Cambridge, son père, qui avait alors une clientèle très étendue, put lui montrer trente-trois cas de cette maladie à une seule époque, et, dans chacun des cas, on s'assura que l'urine était sucrée. On a cru voir dans la température froide et humide du climat la seule cause de cette grande fréquence ; mais la manière de vivre des habitants de ces contrées a peut-être une influence plus grande sur la production de la maladie que la constitution même de l'atmosphère. On voit, en effet, le diabète devenir plus rare dans d'autres pays froids, et se montrer très fréquent dans certains pays chauds. Ainsi, le docteur Lefèvre dit qu'il compulsa les registres des principaux hôpitaux civils et militaires de l'empire russe, et qu'il n'y trouva pas mentionné un seul cas de diabète. James Wylie n'en a pas non plus rencontré un seul exemple, parmi plus de deux millions de soldats qu'il a pu examiner comme inspecteur militaire ; toutefois P. Frank en a observé deux cas dans un assez court espace de temps. D'un autre côté, le diabète est loin d'être rare au Bengale, à Ceylan, à Saint-Domingue, en Égypte, où l'Arabe Rabbi Moyses l'a vu vingt fois en dix ans, ce qui signifie, ajoute-t-il : « *Quod multoties generatur* (diabetes) *in regionibus calidis, et fortè accidit in regione Ægypti, saporitate aquæ Nili, quam omnes bibunt.* » P. Frank l'a rencontré plus souvent en Italie qu'en Allemagne. Pendant vingt ans, dit-il, que nous avons exercé chez les différents peuples de l'Allemagne, notre patrie, nous n'avons vu

(1) *Traité du diabète sucré*, in-8. Traduit de l'anglais par Alyon. Paris, an VI.
(2) Casper's *Wochenschrift* (*Union médicale*, 21 janvier 1851).
(3) *Journ. für Kinderkrankheiten.*

que trois fois cette maladie, que bien des personnes n'ont jamais observée. En Italie, dans le court espace de huit ans, nous en avons rencontré sept exemples. « En France, le diabète est assez commun, et M. Rayer en a vu plus de trente cas. Les quelques observations que j'ai recueillies m'avaient porté à le croire plus fréquent en Normandie, et je trouve cette opinion émise et soutenue par Nicolas et Gueudeville, qui attribuent cette fréquence à la nourriture des habitants de cette province, et surtout aux boissons fermentées, comme le cidre, par exemple, dont ils font un très grand usage. »

On a cité l'*hérédité* parmi les causes prédisposantes de la glycosurie, et plusieurs faits, parmi lesquels il faut citer particulièrement ceux d'Isenflamm, qui a vu sept enfants de la même famille affectés de la maladie qui nous occupe, viennent à l'appui de cette manière de voir. Mais, ainsi que l'a fait très bien remarquer M. Contour, les individus d'une même famille, tant qu'ils restent rassemblés, se nourrissent de la même manière, et sont soumis à la même hygiène. En dégageant ce qui peut appartenir à ces dernières causes, que resterait-il pour l'hérédité ? C'est ce que nous ne pouvons pas dire dans l'état actuel de la science.

Les autres causes qui nous restent à étudier peuvent être regardées comme occasionnelles, bien que la plupart d'entre elles n'agissent qu'au bout d'un certain temps, et qu'elles puissent aussi jouer le rôle de causes prédisposantes.

2° Causes occasionnelles.

Aliments, boissons. — Parmi les causes occasionnelles, celle qui tient la première place dans l'opinion de la plupart des auteurs est, sans contredit, l'alimentation. M. Contour, qui s'est occupé avec beaucoup de soin de cette question, est un des auteurs qui accordent la plus grande importance à cette cause. « On est frappé, dit-il, en lisant les observations qui nous ont été transmises, du grand nombre de diabétiques qui ne doivent leur maladie qu'à une *nourriture insuffisamment réparatrice* ou exclusivement *végétale*. Parmi les *aliments*, il faut, ajoute-t-il, signaler, en première ligne, tous ceux dans la composition desquels entre l'*élément féculent* ou *sucre ;* parmi les *boissons*, celles qui sont le produit de la *fermentation*, comme la *bière*, le *poiré*, le *cidre*, etc., ou bien encore les *boissons aqueuses et chaudes* prises habituellement en grande abondance. » Puis il rapporte un nombre assez considérable de faits dans lesquels la maladie paraît s'être développée ou aggravée sous l'influence de ces diverses causes, et il est porté à croire que si, dans certains pays, comme l'Angleterre ou la Hollande, elle est beaucoup plus fréquente que dans tout autre, c'est parce que l'on fait abus de quelques-unes des boissons qui viennent d'être indiquées.

A cela on peut répondre d'abord qu'il faut sans doute quelque autre condition particulière, puisque les boissons dont il vient d'être question sont d'un usage excessivement répandu, et que la fréquence de la maladie ne paraît pas en rapport avec l'abus qu'on en fait. En second lieu, et cette remarque est de la plus grande importance, nous allons voir tout à l'heure que chez un homme sain, qui n'a pas par conséquent en lui le principe de la maladie dont nous nous occupons, les matières alimentaires contenant du sucre ou des fécules sont décomposées dans nos humeurs, et que leur passage en nature dans l'excrétion urinaire, qui est implici-

tement admis par ceux qui accordent une si grande influence à l'alimentation, n'est possible que lorsqu'une autre cause plus puissante est venue empêcher cette décomposition. Enfin les expériences de M. le docteur Cl. Bernard, sur lesquelles je reviendrai plus loin, sont venues prouver qu'une certaine perturbation nerveuse, très mystérieuse encore, il est vrai, doit agir comme une cause très puissante. D'où il suit que, sans dénier toute influence à l'alimentation sur la production de la maladie, on ne saurait admettre qu'elle en ait une aussi grande qu'on l'a dit, ou du moins faudrait-il, pour établir une semblable conclusion, attendre qu'on pût s'appuyer sur des faits plus sévèrement étudiés et analysés. Déjà M. Cl. Bernard a démontré que la production du sucre se fait pendant la digestion, et M. le docteur Harley (1) a, par des expériences très intéressantes, fait voir que l'injection de matières excitantes (éther, chloroforme, alcool, ammoniaque) dans la veine porte, est suivie d'une excrétion abondante de sucre par les urines.

Reste maintenant un certain nombre d'autres causes que tous les auteurs de nos jours regardent comme au moins très problématiques; il me suffira, par conséquent, d'en donner l'énumération rapide, présentée par M. Contour (page 77) : « Ce sont l'*abus des purgatifs*, des *diurétiques*, des *mercuriaux ;* l'affaiblissement causé par de grandes *hémorrhagies;* les saignées trop fréquentes, les *suppurations* abondantes, les *travaux trop pénibles* du corps ou de l'esprit, les chagrins profonds, les *maladies chroniques* qui ont exigé une diète sévère, l'*abus des plaisirs de l'amour*, les *fièvres intermittentes* de longue durée, les *névralgies rebelles....* ; un *refroidissement* général du corps; la *suppression d'un flux habituel*, de *quelques exanthèmes*, de la sueur des pieds; une *maladie de la moelle épinière*, une *inflammation* simple ou calculeuse des *reins*, la *grossesse.....*, *la morsure du serpent dipsas*, *la présence d'un insecte dans les voies urinaires.....*, *la contagion.* »

Parmi ces causes, il en est plusieurs qui ne méritent même pas d'être discutées; et quant aux autres, tout ce qu'on en peut dire, c'est qu'elles auraient besoin, pour être admises, de la sanction de l'expérience. Il faut seulement faire une réserve pour le *refroidissement* et la *suppression de la transpiration ;* mais je renvoie l'étude de cette cause au paragraphe suivant, consacré aux conditions organiques, parce que la suppression de la transpiration est, dans certaines théories qui demandent à être discutées, regardée comme le point de départ nécessaire ou du moins le plus ordinaire de la maladie.

M. Reynoso (1), dans une note communiquée à l'Académie des sciences, établit que lorsque la respiration vient à être troublée, soit par une maladie propre du poumon, soit par l'effet d'une autre affection qui jette quelque trouble dans son accomplissement normal, il y a du *sucre* dans les urines. Il en a aussi constaté la présence dans les urines des tuberculeux; la quantité en était d'autant plus grande que la période de la maladie était plus avancée. Outre les différentes affections de l'appareil pulmonaire, M. Reynoso ajoute que chez les malades traités par le carbonate de fer, la présence du sucre dans les urines avait été également constatée.

Mis sur la voie par les faits cités par M. Reynoso, M. Dechambre (3) a fait de

(1) *Recherches sur la physiologie du diabète sucré.* Paris, 1853.
(2) *Union médicale*, 4 décembre 1851.
(3) *Ibid.*, 8 juin 1852.

nouvelles observations, et a trouvé habituellement du sucre dans les urines des *vieillards*.

3° Conditions organiques.

Il est facile de voir, en parcourant les auteurs qui ont écrit sur la glycosurie jusqu'à ces dernières années, que les idées qu'on se faisait sur la cause prochaine, ou plutôt sur la cause organique de cette maladie, étaient, dans l'esprit même de ceux qui les soutenaient, pleines de vague et d'incertitude. M. Bouchardat (1), le premier, a présenté une théorie appuyée sur des expériences chimiques et sur des faits intéressants, et plus récemment M. Mialhe, étudiant les transformations de certains aliments par suite de l'insalivation et l'action du sang sur la matière sucrée absorbée, en a présenté une nouvelle. Ce sont ces deux théories qui, avec les expériences de M. Cl. Bernard (2), m'occuperont particulièrement ici, et je me bornerai, avant de les exposer, à énumérer les explications les plus importantes données par les autres auteurs.

Dire, avec Cullen, que la maladie est due à une *aberration des forces assimilatrices*, c'est constater un fait sans jeter beaucoup de lumière sur la question. Rollo admettait la *suroxygénation des humeurs animales*, ce qui doit être vrai d'après la théorie de M. Mialhe, comme on le verra plus loin ; mais quelle est la cause de cette suroxygénation ? C'est ce que Rollo ne nous apprend nullement. Ce médecin admettait, du reste, que le siége primitif de la maladie est dans les *voies digestives*, ce qui rapproche cette manière de voir de celle qui a été un instant soutenue par M. Dezeimeris (2). Ce dernier regardait la maladie comme due à une *irritation des reins*, suite d'une *gastrite chronique*. Cette opinion a dû être abandonnée en présence des faits cliniques.

Nous trouverons, dans l'étude des symptômes, la *dépravation de la transpiration* cutanée admise par les docteurs Richter, Clarke et Marsh ; mais ce n'est là qu'un point de départ de la maladie, et il reste à expliquer comment une dépravation quelconque de la transpiration cutanée peut déterminer la présence du sucre dans les urines, caractère essentiel de la glycosurie.

Lorsqu'on regardait la diminution notable ou la disparition de l'urée comme un phénomène propre à la maladie qui nous occupe, on pouvait croire à un travail particulier qui se passait dans l'organisme, et qui *transformait l'urée en sucre*, d'autant plus que Prout avait montré l'analogie de composition de l'urée et du sucre; mais, comme le fait observer M. Bouchardat, « cette spéculation n'est plus qu'ingénieuse, depuis qu'on a trouvé que les diabétiques rendaient au moins autant d'urée que les personnes en santé. »

Restent encore quelques autres théories, mais d'une si faible valeur, qu'elles ne méritent pas d'être mentionnées; passons à celle qui a été donnée par M. Bouchardat.

(1) *Monographie du diabète sucré* (*Annuaire de thérapeutique*, etc., Paris, 1844). — Voy. aussi un résumé de tous les travaux de cet auteur dans le *Bulletin de l'Acad. de médecine*, 31 mars 1850, t. XV, p. 538.

(2) *Nouvelle fonction du foie, considéré comme organe producteur de matière sucrée*. Paris, 1853.

(3) *Mém. de la Soc. médicale d'émulation*. Paris, 1826, t. IX, p. 241.

Théorie de M. Bouchardat. — Déjà M. Mac Gregor (1) avait prouvé par des ıpériences que le sucre se trouve tout formé dans l'estomac, lorsque M. Bouchar-ıt exposa ses idées, que le résumé suivant, présenté par M. Contour, fera suffisam-ent connaître. « Cet habile chimiste, qui, très probablement, ne connaissait pas, t M. Contour, les idées que nous venons de rappeler (celles de Mac Gregor et de llo), dit d'une manière bien positive que les aliments féculents seuls sont trans-més en sucre, et que l'agent de cette transformation *est un principe existant ıs l'économie des diabétiques, qui aurait sur l'amidon une action toute sem-ble à celle de la diastase.* Les acides ne sauraient jouer le rôle de ce principe, ce que, dit-il, il a vérifié depuis longtemps que les acides, ou minéraux ou or-iques, n'auraient aucune influence pour transformer la fécule en sucre, à la ıpérature où la digestion s'effectue. Pour appuyer sa théorie, M. Bouchardat :me avoir constamment observé que, chez tous les diabétiques, la quantité de re contenu dans l'urine était toujours en raison directe de la quantité de pain d'aliments féculents ou sucrés; que la quantité de sucre diminuait quand on ait à diminuer la quantité des aliments sucrés ou féculents; et qu'enfin elle dis-aissait si l'on cessait complétement l'usage de ces aliments. « La soif elle-même, ont sont tourmentés les malades diabétiques, trouve, dit M. Bouchardat, une ıplication tout à fait satisfaisante dans les faits que nous connaissons sur l'action e la diastase sur l'amidon. Pour que la transformation de l'amidon en sucre soit ›mplète, il faut que la fécule soit dissoute dans sept fois environ son poids d'eau. h bien, un phénomène semblable s'observe chez les diabétiques : pour que la ·ansformation de l'amidon en sucre, qui est une nécessité forcée de leur état, uisse s'effectuer, il leur faut sept parties d'eau; et, tant qu'ils ne l'ont pas ingé-ɛe, ils sont tourmentés d'une soif à laquelle ils ne peuvent résister. »

Mais, ajoute M. Contour, ce principe analogue à la diastase, qui ne serait ıne modification de l'albumine, n'a jamais été, que je sache, matériellement ıontré, et, pour en admettre la présence, M. Bouchardat est forcé d'avoir ıurs à une hypothèse qui ne nous paraît malheureusement pas probable. Pour le point de départ de la maladie serait dans l'*interruption brusque de la sécré- acide de la peau;* par suite de cette suppression, la sécrétion alcaline des des intestinales serait remplacée par une sécrétion acide, et l'observation lui a ıtré que « partout où les acides organiques existent en proportion notable, on ncontre à côté cette modification de l'albumine, qui agit en transformant la fé-ıle en sucre. Voilà ce qui s'observe dans la maturation de tous les fruits; la même ›ïncidence doit se présenter dans l'économie diabétique. » S'il en était ainsi, ob-e M. Contour en terminant, comment expliquer la maladie dans les cas rares, ıt vrai, mais cependant bien observés, où les fonctions de la peau n'ont offert une altération? Pourquoi la maladie ne disparaît-elle pas lorsque la sécrétion le de la peau reparaît, soit spontanément, soit sollicitée par des moyens théra-tiques? »

'héorie de M. Mialhe (2). — Tel était l'état de la question lorsque M. Mialhe s'en occupé. On voit que dans toutes les théories précédentes, on admettait : 1° que

l) *Gazette médicale de Londres*, 13 et 29 mai 1837.
ɫ) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1844 et 1845.

si, par une cause quelconque, et dans tout état de santé, du sucre arrivait tout formé dans le sang, il devait être rejeté en nature par les urines ; 2° que les diabétiques seuls transformaient certains aliments en sucre, d'où résultait l'état particulier de leurs urines. M. Mialhe, par des expériences dont le résultat est incontestable, a démontré d'abord que la *diastase* existe à l'état normal dans la salive, et MM. Bouchardat et Sandras l'ont retrouvée depuis dans le produit sécrétoire du pancréas. D'où il suit que tout individu qui insalive les aliments amylacés doit les convertir en glycose. Or c'est ce dont on s'assure non-seulement par une expérience rigoureuse, c'est-à-dire en faisant macérer de l'amidon dans la salive et en étudiant ensuite le produit, mais encore par une expérience bien simple, qui n'a pas, il est vrai, la rigueur d'une analyse chimique, mais qu'il faut faire connaître, parce qu'elle est instantanément à la portée de tout le monde. Si l'on mâche un pain azyme, on sent bientôt, sous l'influence de l'insalivation, se développer un goût sucré très manifeste qui annonce la transformation de l'amidon en matière sucrée. Cette transformation n'est donc pas douteuse chez les sujets sains aussi bien que chez les diabétiques, et, chose remarquable, on est forcé de reconnaître que la saccharification des aliments féculents est plus facile et plus prompte chez les premiers que chez les derniers, car les diabétiques ayant très peu de salive, une grande partie des matières féculentes doit échapper à l'action de ce liquide.

Je pourrais ici faire remarquer que cette transformation est nécessaire, car autrement les matières féculentes cesseraient d'être alimentaires, puisqu'elles ne sont pas absorbables, et ne le deviennent qu'après avoir subi l'action de la diastase; mais il suffit pour nous que le fait soit expérimentalement constaté de manière à ne laisser aucun doute.

Voilà donc un premier fait d'une importance capitale : c'est que, chez tous les sujets sans exception, la *saccharification des matières féculentes se fait sous l'influence de la diastase qui existe à l'état normal dans le liquide sécrété par les glandes salivaires et pancréatiques*. Mais, s'il en est ainsi, pourquoi les sujets diabétiques rendent-ils par les urines le sucre absorbé à la surface des voies digestives, tandis que rien de semblable n'a lieu à l'état sain? La réponse à cette question exige quelques détails. Le sang, où viennent nécessairement se rendre les substances absorbées, est très alcalin à l'état normal; or, si l'on met en contact du sucre de fécule avec un liquide très alcalin, ce sucre subit nécessairement un changement d'état, comme on peut s'en assurer par l'expérience suivante. Mélangez une certaine quantité de ce sucre avec un liquide peu alcalin, neutre ou légèrement acide, ajoutez du deutoxyde de cuivre, chauffez, vous n'obtenez aucun résultat ou un résultat très faible ; faites ensuite entrer dans le mélange un alcali, un fragment de potasse caustique, par exemple, et aussitôt le liquide prend une teinte d'un jaune rougeâtre, qui annonce que le deutoxyde de cuivre a été réduit à l'état de protoxyde. Cet effet ne peut évidemment s'expliquer que par un changement survenu dans la matière sucrée qui, sous l'influence de l'alcali, a acquis un pouvoir désoxygénant manifeste. Le même effet est obtenu à l'aide des alcalis carbonatés, et le pouvoir désoxygénant de la glycose transformée se fait sentir aussi bien sur d'autres corps très oxygénés, comme le peroxyde de plomb qu'il réduit en protoxyde, et les sels de peroxyde de fer qu'il réduit en sels de protoxyde, etc.

ela posé, il est facile d'expliquer la présence du sucre dans l'urine des diabé-es, et son absence chez les hommes sains. Chez ces derniers, l'alcalinité natu-du sang suffit pour la transformation de la matière sucrée, qui, en cet état, avoir un rôle important dans le grand acte de la nutrition, quoiqu'il nous soit ssible de dire d'une manière précise quel est ce rôle. Mais chez les diabéti-le sang est trop peu alcalin; la transformation de la glycose en matière désoxy-nte ne peut donc avoir lieu; le sucre devient un corps étranger dans l'écono-et, comme tel, est rejeté par les glandes rénales. M. Mialhe a voulu appuyer its par des expériences sur les végétaux, et ces expériences, il les a emprun-à M. Fremy (1). On sait que dans les végétaux la fécule est, sous l'influence diastase, transformée en sucre qui, porté par la séve, va se rendre dans di-s parties, et principalement dans les fruits; or la séve est neutre ou acide, et le n'y est pas dénaturé; mais si, à l'exemple de M. Fremy, on fait absorber aux taux des substances alcalines, et si par là on rend la séve alcaline elle-même, action a lieu, le sucre de fécule subit la modification indiquée plus haut, les s ne sont plus sucrés. Ce second fait, c'est-à-dire la *transformation du sucre le sang alcalin à l'état normal, et sa non-transformation par le sang trop alcalin des diabétiques*, est non moins important que le précédent qu'il vient pléter.

est une objection qu'il faut prévenir d'avance. Le sang est quelquefois plus ment alcalin chez les diabétiques, soit que la maladie n'ait pas atteint son sum-, soit que, sous l'influence d'une certaine médication, l'alcalinisation ait lieu; , même en pareil cas, je le répète, le degré d'alcalinité de ce liquide n'est pas sant, ou, en d'autres termes, la quantité d'alcali nécessaire pour décomposer le sucre absorbé ne s'y trouve pas. Supposons, par exemple, qu'il faille atome atome; si la quantité du sucre est à la quantité d'alcali comme 4 est à 2, il est ent que la moitié du sucre absorbé ne sera pas transformée et passera dans les es. Cela explique les divers degrés de la glycosurie.

aintenant quelle est la cause qui rend trop peu alcalin le sang des sujets af-s de glycosurie? C'est là un des points les plus difficiles de la question. Nous s déjà vu M. Bouchardat signaler la *suppression de la sécrétion acide de la* : c'est également à cette suppression que M. Mialhe a principalement recours expliquer l'état du sang. L'acide qui ne s'échappe pas par la transpiration , en effet, dans ce liquide et neutralise en partie ses alcalis. Cette suppression a transpiration est donc bien importante à étudier, comme je le disais plus .

ais nous avons vu l'objection adressée par M. Contour à M. Bouchardat sur stence de cette cause, et cette objection se représente ici. On a cité des faits lesquels la sécrétion de la peau a été normale, et d'autres dans lesquels, après r été suspendue, elle s'est rétablie sans que le sucre ait disparu des urines. autre côté, les observations n'ont généralement pas pu être faites avec assez oin pour qu'on puisse dire d'une manière formelle si la suppression de la trans-tion a préexisté à l'apparition du sucre dans les urines, ou si, au contraire, -ci a eu lieu la première. Il y a donc nécessairement une autre cause qui, sinon

(1) *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, octobre 1844, p. 784.

dans tous les cas, du moins dans un certain nombre, rend le sang trop peu alcalin. Cette cause, M. Mialhe la trouve dans l'*abus des acides* pris principalement sous forme de boisson, et à ce sujet il m'a cité un cas des plus remarquables. Les boissons acides avaient été prises pendant plusieurs mois comme rafraîchissantes, ou plutôt comme débilitantes, et le malade ayant persisté malgré le début de la glycosurie, le mal avait fait les plus grands progrès.

Ainsi nous trouvons dans l'étude des causes un nouveau motif d'admettre cette théorie. Peut-être dira-t-on que la recherche de ces causes n'a pas porté sur un nombre suffisant de faits ; je ne prétendrai pas le contraire, mais tout porte à croire que les faits nouveaux, s'ils sont bien observés, viendront confirmer ce que quelques observations nous apprennent, et n'en fût-il même pas ainsi, ce que l'on peut à peine supposer, la théorie de M. Mialhe n'en serait pas ébranlée, elle resterait toujours la plus satisfaisante et la plus complète. Il faudrait rechercher seulement quelle est, dans certaines circonstances, la cause réelle de l'état du sang ; mais la transformation de la fécule en matière sucrée par la diastase, et le défaut d'action du sang trop peu alcalin sur cette matière sucrée, n'en seraient pas moins très admissibles ; or ce sont là les points fondamentaux de cette théorie si ingénieusement trouvée et si bien établie sur des expériences positives.

M. Capezzuoli (1) n'accepte pas néanmoins cette théorie, se fondant en cela sur des observations qui lui sont propres. Je n'ai pas pu malheureusement consulter le mémoire de cet auteur ; mais si l'on examine les conclusions indiquées dans le *Journal des connaissances médicales*, on ne voit nullement ce qu'il peut y avoir, dans les faits cités par M. Capezzuoli, de contraire à la manière de voir de M. Mialhe. Chez les sujets observés par l'auteur italien, le sang avait sa quantité normale de fibrine, et les principes solides du sérum étaient au-dessus du chiffre normal. En quoi cela renverse-t-il la théorie précédente ?

Nous aurons d'ailleurs, en parlant du traitement, à citer des faits qui parlent en faveur des résultats signalés par M. Mialhe. Mais ce serait anticiper que d'entrer ici dans de plus grands détails à ce sujet.

[*Recherches de M. Cl. Bernard sur la glycogénie.* — Les recherches de M. le professeur Cl. Bernard (2) modifient profondément toutes les opinions acceptées jusqu'à présent sur la pathogénie du diabète, et la plupart des médecins se rallient actuellement à celles de l'illustre physiologiste. Voici en quelques mots l'analyse de ses observations les plus récentes (1859) :

Le sucre ou *glycose* existe constamment dans le sang, où il se décomposerait incessamment en acide carbonique et en eau, qui sont expulsés par le poumon, l'urine, etc. Le sucre du sang peut cependant passer dans l'urine ; mais il faut, pour que ce passage ait lieu, que ce produit soit en excès dans le sang, c'est-à-dire qu'il doit y être versé en plus grande quantité qu'il n'en est détruit. Or, il n'y a excès à proprement parler que quand il atteint la proportion de 3 pour 100 du résidu sec du sang (Lehmann). Alors le sang des veines superficielles elles-mêmes et tous les tissus contiennent de la glycose. Il résulte de là que, même chez un diabétique, si la pro-

(1) *Gazette de Toscane*, et *Journal des connaissances médicales*, novembre 1843.

(2) Le résumé des travaux de ce physiologiste se trouve exposé dans l'ouvrage déjà cité : *Leçons sur les propriétés physiologiques et les altérations pathologiques des liquides de l'organisme* (*Cours de médecine du Collège de France*). Paris, 1859, t. II.

portion indiquée vient à décroître dans le sang, l'urine ne contiendra plus de sucre, mais cela n'a lieu que d'une manière passagère.

Quelle est la cause de cette accumulation dans le sang? Il y en a plusieurs. L'absorption en est une : on peut rendre un animal diabétique en lui faisant absorber du sucre dans certaines conditions; en lui en ingérant, par exemple, dans les voies digestives après vingt-quatre ou trente-six heures d'abstinence. L'absorption est alors très active et introduit dans le sang une quantité de sucre qui, trop considérable pour être détruite, passe en partie dans les urines. L'exagération de la sécrétion de sucre par le foie est une autre de ces causes.

Le foie, ainsi que M. Cl. Bernard l'a établi, produit du sucre et le verse dans le sang. Il peut y en verser tantôt plus, tantôt moins; les variations de cette sécrétion suffisent à tout expliquer.

Ici il importe de signaler une différence radicale entre cette théorie, basée sur des expériences incontestables, et les théories précédentes, appuyées seulement sur des hypothèses. Puisque le sucre ne se trouve pas normalement dans la veine porte, puisqu'il se forme dans le foie, pour être, de là, versé dans la veine cave, le cœur, les poumons, etc., il est évident qu'il ne provient pas des voies digestives; il est évident qu'il ne dépend ni de la nature des aliments, ni d'une altération chimique particulière qu'ils subiraient dans les voies digestives, ni enfin d'aucune lésion pathologique de celles-ci. Ainsi, dans l'ordre anatomique, l'appareil formateur du sucre est plus éloigné qu'on ne l'avait pensé jusqu'à présent. Si quelquefois on a trouvé du sucre dans la matière des vomissements des diabétiques, c'est que l'individu était en quelque sorte saturé; et les sécrétions de l'estomac en contenaient alors comme tous les liquides et comme tous les tissus. Mais à une dose un peu moindre, l'urine en présente encore lorsque la plupart des liquides n'en offrent plus de traces.

Parmi les influences qui augmentent la sécrétion du sucre hépatique, M. Cl. Bernard a surtout noté l'activité de la digestion et les troubles nerveux.

« Le matin, à jeun, le sang renferme le moins de sucre possible en santé, comme chez les diabétiques; c'est à ce moment qu'on peut, chez ces derniers, ne rencontrer de sucre ni dans le sang ni dans l'urine. Plus tard le sujet mange, la circulation abbominale est activée, il sort du foie plus de sang et plus de sucre; dès lors un excès de sucre peut passer dans le sang artériel. Chez l'individu en santé, cela ne suffit pas encore pour que le sucre apparaisse dans les urines, mais chez un sujet légèrement diabétique cette cause peut suffire pour produire de la glycosurie. On a cité beaucoup de malades qui étaient dans ce cas, et j'ai pu moi-même en observer. Cette intermittence s'observe au déclin de la maladie, chez les diabétiques qui guérissent, alors qu'au milieu de la maladie l'augmentation du sucre était telle que les urines en renfermaient toujours. L'état de digestion constitue donc une prédisposition passagère à la glycosurie.

« Mais cette influence serait insuffisante s'il n'y avait dans les diabétiques exagération de quelques-uns des phénomènes de la digestion. Les influences qui amoindrissent les actes digestifs peuvent amener une cessation temporaire des symptômes du diabète. Qu'une maladie fébrile, la variole, la rougeole, une pneumonie, vienne intercurremment frapper un diabétique, le sucre pourra disparaître de l'urine pour y réapparaître lorsque le malade reviendra à la santé. C'est donc là une affection

chronique singulière, en ce qu'elle exige pour se manifester une sorte d'intégrité fonctionnelle qui est d'ordinaire l'apanage de la santé (1). »

Souvent le diabète peut être l'expression d'un état de souffrance de certaines parties des centres nerveux. La piqûre du plancher du quatrième ventricule produit un diabète temporaire. L'explication de ce fait singulier est la suivante : lorsqu'en piquant le plancher du quatrième ventricule, on blesse les origines des nerfs qui vont au foie (*système nerveux sympathique*, Jacubowitch), on produit une augmentation notable du courant circulatoire qui traverse cet organe.

Cet excès de production de sucre sous l'influence d'une circulation plus active provient d'un contact plus étendu entre le sérum du sang et la matière glycogène insoluble que sécrète le foie. Pour bien comprendre ce fait, il faudrait rappeler les différences remarquables qui existent dans la circulation au sein des organes dont les fonctions sont intermittentes. Nous sommes obligés de renvoyer pour cela au livre déjà cité de M. Cl. Bernard.

Pour compléter ce rapide exposé nous devons ajouter ici que le même expérimentateur ne nous dit pas que l'accumulation du sucre dans l'économie vient de ce que ce produit n'est pas brûlé dans le poumon ; ou, s'il a pu le penser à une certaine époque, il a dû renoncer à cette opinion.

Telles sont les découvertes récentes, qui l'emportent par leur précision et la rigueur des démonstrations sur toutes les opinions émises précédemment par hypothèse.

Malheureusement elles n'éclairent encore qu'un point de pathogénie, et elles ne nous servent à rien pour l'interprétation des symptômes ; elles n'expliquent pas la coïncidence si fréquente du diabète et de la phthisie, et elles ne donnent enfin aucune indication à la thérapeutique. Seulement elles établissent que la glycosurie n'est pas le résultat d'une maladie des reins, et cette remarque justifie la place que nous avons assignée à cette maladie dans notre classification.

Dans ces derniers temps M. H. Blot a annoncé avoir trouvé du sucre dans l'urine des femmes enceintes et en lactation (2). Les expériences ont été faites avec grand soin par MM. Blot et Régnault ; ces observateurs affirment avoir reconnu la présence du sucre non-seulement par la liqueur cupro-potassique de Barreswil, réactif infidèle, mais encore par la fermentation et par la polarisation (3). Néanmoins l'exactitude de ces observations a été contestée, et M. Leconte (4), préparateur de M. Cl. Bernard, a attribué la réduction de la liqueur de Barreswil, dans ces cas, à l'abondance de l'acide urique chez les femmes enceintes ou en lactation. Il nous est impossible de nous prononcer sur une question que les chimistes seuls peuvent résoudre. Dans tous les cas, lors même que l'urine des femmes enceintes contiendrait du sucre, cela ne constituerait qu'un *diabète physiologique*, mais nullement une maladie comparable à celle que nous étudions en ce moment.]

§ III. — Symptômes.

Quoique la manière, toujours un peu superficielle, dont on a étudié les sym-

(1) Cl. Bernard, *loc. cit.*, t. II, p. 79.
(2) *Bulletin de la Société de biologie.*
(3) *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux.*
(4) *Bulletin de la Société de biologie.*

ômes de la glycosurie, autres que ceux qui sont fournis par l'état des urines, isse encore à faire à l'observation exacte et rigoureuse, on peut dire que cette aladie a été l'objet d'un examen plus attentif que la plupart des autres. Aussi la scription que nous en ont donnée les auteurs présente-t-elle un très grand térêt, et nous permettra-t-elle d'entrer dans des détails très importants.

Début. — J'emprunte à M. Contour (1) l'exposition suivante des signes du début, rce qu'il a étudié, sous ce point de vue, les observations avec assez de soin. « Si, t-il, on en croit quelques auteurs, le diabète débuterait toujours par des symômes précurseurs, qui, à cause de leur peu d'intensité, ont pu bien des fois happer à l'attention des observateurs ; suivant d'autres, au contraire, la maladie montrerait brusquement par quelque symptôme important. Il y a, je crois, de exagération de part et d'autre, et il est plus vrai de dire que tantôt le diabète se anifeste d'une manière instantanée au milieu d'une santé florissante, et que tantôt n apparition est précédée de quelques signes avant-coureurs.

» On observe, en effet, quelquefois un certain malaise général, quelques troules dans les fonctions digestives, tels que des rapports nidoreux, un goût aigre à a bouche ; un peu de pesanteur, ou bien même une véritable douleur dans la région pigastrique ; une sécheresse de la bouche et de la gorge due à un défaut de sécréion de la salive, qui est blanche et écumeuse ; quelques symptômes nerveux qui se raduisent du côté de la tête par de la céphalalgie, ou bien du côté des membres ar des douleurs ou des crampes qui frappent principalement les muscles des molets. D'autres fois, au lieu de ces troubles de digestion, dont je viens de parler, on oit apparaître, comme dans le cas du capitaine Meredith, cité par Rollo, une augnentation de l'appétit. Loin de regarder cette faim comme dangereuse, le malade roit, au contraire, qu'elle est une preuve de santé ; mais bientôt surviennent d'aures signes qui ne permettent plus de rester dans cette fausse sécurité. »

Il est facile de voir par là que les signes du début n'ont pas été recherchés avec out le soin nécessaire. Quels sont réellement les premiers symptômes, que la maadie se produise brusquement ou non ? C'est ce qu'on ne peut savoir d'une manière positive ; et cependant ce que j'ai dit plus haut, à propos de la suppression le la transpiration, prouve suffisamment le parti qu'on pourrait tirer d'une étude lu début faite avec toute la rigueur nécessaire. Cette étude est, il est vrai, diffiile, parce que, comme l'ont fait remarquer la plupart des auteurs, les malades euvent être déjà atteints de glycosurie sans s'en apercevoir entièrement, et ne se résenter au médecin qu'à l'occasion de symptômes aggravés qui leur paraissent euls marquer le début d'une véritable maladie. De plus, la présence du sucre dans 'urine, caractère essentiel de l'affection, n'altère pas suffisamment l'apparence de e liquide, pour qu'on puisse facilement la constater par la simple inspection, surout quand on est étranger à l'art. Mais après avoir fait la part de ces difficultés, e crois qu'un interrogatoire méthodique, une grande attention, et enfin l'analyse exacte des faits, pourraient jeter de grandes lumières sur ce début, dont l'imporance ne saurait être niée. Signalons donc ce sujet de recherches à l'attention des observateurs.

Symptômes. — Pendant une grande partie du cours de la maladie, on ne constate

(1) *Loc. cit.*, p. 15.

ordinairement l'existence d'aucune *douleur* locale, soit spontanément, soit à la pression, soit au moment de l'émission des urines. Mais à une époque avancée, on observe souvent des douleurs dans la région lombaire ou au col de la vessie, qui accompagnent ordinairement l'émission des urines, et qui se prolongent dans le canal de l'urèthre. Cette douleur ne paraît devoir être attribuée qu'à la grande abondance de la sécrétion urinaire et au passage continuel du liquide dans les conduits. J'en ai vu récemment un exemple remarquable. Il y avait même dans ce cas, observé chez une femme, un gonflement considérable du canal de l'urèthre et des parties environnantes. La *pression* dans la région rénale ne fournit aucun signe évident, même à cette époque.

L'*émission* de l'urine est nécessairement très fréquente; on a observé qu'elle l'est plus la nuit que le jour, et le besoin continuel d'uriner prive les malades d'une grande partie de leur sommeil.

La *quantité* de l'urine rendue est presque toujours considérable. Suivant M. Bouchardat, le terme moyen de cette quantité est de cinq à huit kilogrammes; mais elle peut atteindre un chiffre beaucoup plus élevé, puisque ce médecin a vu des sujets rendre jusqu'à quatorze, quinze et même seize kilogrammes d'urine par jour, et que d'autres observateurs, parmi lesquels il faut citer Morgagni, P. Frank, Baumes, Fonseca, ont vu la quantité de ce liquide s'élever jusqu'à vingt, vingt-cinq, quatre-vingts et même cent kilogrammes dans les vingt-quatre heures. Mais, ainsi que le fait observer M. Contour, est-il bien certain que dans les cas où la quantité de l'urine était si énorme, on eût affaire à de véritables glycosuries? L'ignorance dans laquelle on était du caractère essentiel de cette affection n'a pas permis aux auteurs de mettre le fait hors de doute. Les chiffres donnés par M. Bouchardat, et qui se rapprochent de ceux de Martin-Solon, sont ceux que l'on constate ordinairement. « L'abondance de l'urine, dit M. Contour (p. 23), est loin d'être toujours la même à toutes les époques de la maladie. Ainsi, *au début*, elle n'offre d'abord rien de remarquable, mais bientôt elle augmente progressivement, pour arriver à son summum, alors que le diabète atteint lui-même son plus haut degré d'intensité. Plus tard, soit que la maladie s'amende, ou marche vers une terminaison heureuse, soit, au contraire, que la mort doive survenir, on voit les urines *diminuer* sensiblement. Il ne faudrait pas toutefois attacher une plus grande importance qu'elle ne le mérite à cette supersécrétion urinaire; *le diabète peut exister alors même que les urines n'excèdent pas la quantité qu'on observe dans l'état de santé.* » Quelques faits rapportés par plusieurs auteurs, et entre autres par les docteurs Watt, Prout, Copland et Bouchardat, prouvent l'exactitude de cette assertion.

On n'est pas complétement d'accord sur le rapport qui existe entre la quantité des urines et celle des boissons ingérées. MM. Bell (1) et Bouchardat (2) pensent qu'on a eu tort de dire que la quantité des urines est plus considérable que celle des boissons, et que c'est plutôt le contraire qui a lieu. Mais sans parler des nombreux observateurs qui ont constaté l'abondance plus grande des urines, je dirai qu'il résulte des notes prises jour par jour par M. Contour, que presque constamment cette abondance a été supérieure à celle des boissons, et que parfois

(1) *Dictionnaire des études méd. prat.*, article DIABÈTE.
(2) *Loc. cit.*

elle l'a dépassée d'une manière extraordinaire. Quelquefois cependant les faits se présentent à l'observation tels qu'ils ont été signalés par MM. Bell et Bouchardat; mais ces faits sont en très faible minorité. Les expériences faites par Dupuytren et Thenard et par M. Bardsley (1) viennent confirmer l'opinion contraire à celle de ces deux médecins, et qui est l'opinion générale. N'oublions pas, du reste, que les choses peuvent varier d'un jour à l'autre, surtout sous l'influence des divers traitements.

L'*urine*, immédiatement après son émission, est transparente, moins foncée qu'à l'état normal, parfois presque incolore, plus ordinairement colorée en jaune-paille ou légèrement verdâtre. Bardsley a constaté que, contrairement à une assertion qui avait été émise, sa température n'est pas inférieure à celle qu'elle présente à l'état normal. « Si on l'examine un peu plus tard, quand il y a déjà quelque temps qu'elle est excrétée, elle a, dit M. Contour (p. 27), perdu ordinairement sa transparence; elle est blanchâtre, ressemblant à du petit-lait clarifié, ou bien, comme le dit Cullen, à une dissolution de miel dans une grande quantité d'eau. »

« Le plus souvent inodore, continue cet auteur (auquel je crois devoir emprunter tous ces détails, parce qu'ils sont très bien présentés et nous mettent parfaitement au courant de la science), ou tellement peu odorante, qu'elle impressionne à peine les nerfs olfactifs, l'urine diabétique offre quelquefois une *odeur* qui n'est pas toujours la même; nous lui avons plusieurs fois trouvé une odeur aromatique, d'autres ont cru reconnaître l'odeur de la violette.

» Sa *saveur* est douce et sucrée dans l'immense majorité des cas; cependant l'urine peut être insipide ou avoir la saveur du sel marin. » De ce que l'urine présente cette dernière saveur, il n'en faudrait pas conclure qu'elle ne contient pas de sucre; on a cité, en effet, des exemples du contraire, et M. Contour en rappelle un qui est dû à Martin-Solon. Nous verrons plus tard, en recherchant si l'on doit admettre, avec Dupuytren et Thenard, l'existence du sucre insipide, à quelle cause il faut attribuer cette absence de saveur sucrée.

» Malgré sa grande quantité, continue l'auteur que je cite, l'urine diabétique a toujours une *pesanteur spécifique* de beaucoup supérieure à celle qu'on observe dans l'état de santé. C'est le docteur Henry (de Manchester), qui le premier découvrit ce caractère, si important qu'il peut servir à faire reconnaître tout de suite la maladie; et M. Bouchardat a parfaitement raison de dire qu'en général, toute urine d'une couleur pâle, et dont la densité est supérieure à 1040, est une urine diabétique. Suivant M. Bell, cette pesanteur spécifique varie de 1025 à 1060. M. Bouchardat, dans ses nombreuses expériences, l'a vue varier de 1020 à 1074 à la température de 12 degrés cent.; Robert Willis donne pour chiffres extrêmes 1020 et 1055. J'ai actuellement sous les yeux un grand tableau synoptique du poids spécifique d'urines de diabétiques recueillies dans le service de Martin-Solon, et je trouve 1027 pour le chiffre inférieur et 1049 pour le chiffre supérieur. On dit généralement que la pesanteur spécifique de l'urine des diabétiques est en rapport direct avec la quantité de sucre que cette urine contient; cependant, dans le tableau synoptique dont je viens de parler, et où les quantités de sucre sont consignées avec soin en regard du poids spécifique, je vois que l'urine du matin

(1) *Med. Reports*, 1807.

pèse plus que l'urine de la journée, bien qu'elle contienne moins de sucre.

» Abandonnée à elle-même, l'urine diabétique, après quelques jours de repos, à une température modérée, acquiert une odeur aigre, vineuse, ou mieux encore de lait tourné ; au lieu d'être ammoniacale, comme le serait très certainement l'urine ordinaire, elle est au contraire très acide, et doit cette propriété à la présence de l'acide carbonique produit par la fermentation : cette fermentation s'obtient d'ailleurs avec la plus grande facilité par l'addition d'un peu de levûre de bière. Si dans cet état on l'examine au microscope, on aperçoit de petits corpuscules blancs, que M. Quevenne (1) a décrits comme étant de véritables globules de ferment semblables à ceux observés déjà dans la levûre de bière par M. Cagniard-Latour. Enfin l'urine, dans la glycosurie, dévie à droite la lumière polarisée ; il suffit de signaler ici cette propriété qui a servi, à l'aide de l'appareil inventé par M. Biot, à constater la quantité de sucre dans un assez grand nombre d'observations. »

Le caractère principal de l'urine est, comme je l'ai dit plusieurs fois, de contenir une certaine quantité de *matière sucrée*. La *quantité* de cette matière est variable, suivant les sujets et aux diverses époques de la maladie : ainsi on voit des cas où, à certaines époques, on en trouve un *trentième* du poids des urines, tandis qu'il est ordinaire d'en trouver jusqu'à un *septième*. Cette quantité va en augmentant jusqu'à ce que la glycosurie ait atteint son summum d'intensité ; ensuite elle diminue, quelle que soit la terminaison de la maladie. Ce n'est pas d'une manière continue qu'ont lieu cette diminution et cette augmentation ; il survient, en effet, dans le cours de l'affection, des rémissions plus ou moins notables, pendant lesquelles la quantité de sucre diminue, et le même effet, ou au contraire une augmentation plus ou moins considérable peut avoir lieu sous l'influence de certaines boissons et surtout de certains aliments, comme les aliments féculents.

Il existe plusieurs procédés pour constater la présence du sucre dans les urines ; j'exposerai d'abord en détail celui de M. Trommer (2), parce qu'il est celui qui est mis en usage pour tous les praticiens, et que, bien qu'il ne fasse pas reconnaître la quantité du sucre d'une manière aussi exacte que certains autres, il en donne néanmoins une idée suffisante. J'indiquerai ensuite la manière d'agir de M. Mialhe et quelques autres procédés ingénieux.

Procédé de M. Trommer. — Voici comment l'expérience est pratiquée par M. Contour, qui a fréquemment mis en usage ce procédé dans le service de Martin-Solon. « Dans un tube de verre, dit-il, on ajoute d'abord une très faible proportion de potasse caustique solide, puis un fragment de deutosulfate de cuivre : on chauffe très légèrement ce mélange à la lampe à l'esprit-de-vin, et aussitôt, si l'urine contient du sucre de diabétique, on observe une réduction du protoxyde de cuivre, qui se montre sous la forme d'un précipité jaune rougeâtre très manifeste. Si, au contraire, l'urine ne contient pas de sucre, au lieu d'une réduction d'un jaune rougeâtre, on obtient un précipité noir. La réduction du protoxyde de cuivre a lieu également à froid, mais elle se fait attendre quelque temps ; c'est pour cela qu'il est préférable d'élever un peu la température du mélange. »

(1) Journal *l'Expérience*, t. I, p. 405.
(2) *Ann. der Chem. und Pharm.*, t. VII.

Plusieurs fois ce procédé a échoué entre les mains des praticiens, pour un motif qu'il importe beaucoup de signaler ici. M. Contour recommande d'ajouter une *très faible proportion* de potasse caustique, et il peut se faire que cette proportion soit tout à fait insuffisante; c'est, au contraire, un *excès d'alcali* qu'il faut mettre, et l'on doit d'autant plus le recommander, qu'on n'a nullement à craindre de dépasser le but. Employé ainsi, le procédé est infaillible. On trouve facilement l'explication de tous ces faits, en se rappelant la théorie de M. Mialhe, dont l'expérience que je viens de faire connaître est à son tour une confirmation.

[*Procédé de M. Barreswil.* — Une liqueur cupro-potassique est préparée à l'avance : elle se compose d'eau, de bitartrate de cuivre et de potasse; la solution est transparente, bien que l'oxyde de cuivre ait été déplacé par la potasse. La composition du liquide étant toujours la même, on n'est pas exposé aux inconvénients indiqués ci-dessus.

Mais il faut savoir que diverses substances autres que le sucre, et particulièrement l'urée, précipitent et réduisent le bioxyde de cuivre, et que cette facilité de réduction est encore plus grande lorsque la liqueur est ancienne. Il faut donc toujours avoir des solutions récentes. Ces faits avaient déjà été signalés par M. Barreswil lui-même; mais ils ont été rappelés dans ces derniers temps par M. Leconte (1), lorsqu'il a combattu les idées de M. H. Blot sur la présence du sucre dans les urines des femmes enceintes ou en voie de lactation.

Dans tous les cas, on ne doit pas considérer les réactifs comme infaillibles; il faut tour à tour mettre en usage la *fermentation*, l'*évaporation* et l'observation au *polarimètre*.]

Procédé de M. Mialhe. — Il suffit d'introduire dans l'urine, renfermée dans un tube, un *excès de potasse caustique*, et de chauffer à la flamme d'une lampe à l'alcool. Dès que le liquide entre en ébullition, *il prend une couleur brune rougeâtre que ne présente aucune des autres urines* soumises à la même expérience. Cette coloration est extrêmement tranchée, et *en rapport avec la quantité de sucre contenu dans l'urine.* On voit par là combien le procédé devient plus simple; et si l'on a soin de mettre dans le liquide un excès d'alcali, il est, je le répète, infaillible. Si l'on veut ensuite pousser l'expérience plus loin, on n'a qu'à ajouter le deutosulfate de cuivre, dont la réduction s'opère ainsi que nous l'avons dit plus haut.

Procédé de M. le docteur Maumené (2). — Ce médecin a trouvé un nouveau moyen de reconnaître la présence du sucre dans l'urine. Voici comment il faut procéder :

Prenez une bande de mérinos blanc; plongez-la pendant quatre ou cinq minutes dans une *solution aqueuse de bichlorure d'étain;* faites égoutter, séchez au bain-marie le mérinos sur une bande de la même étoffe; coupez-le en bandelettes de à 10 centimètres de long sur 2 ou 3 de large.

Il suffit ensuite de verser une goutte d'urine sur une des bandelettes ainsi préparées et de l'exposer au-dessus d'un charbon rouge, de la flamme d'une lampe ou d'une bougie, pour produire, s'il y a du sucre dans l'urine, une tache noire très visible.

(1) *Bulletin de la Société de biologie.*
(2) *Compt. rend. des séances de l'Académie des sciences*, 18 mars 1850.

L'urine non sucrée, l'urée, l'acide urique ne produisent rien de semblable.

La sensibilité du réactif est telle, dit M. Maumené, que dix gouttes d'une urine diabétique, versées dans 100 centimètres cubes d'eau, forment une liqueur avec laquelle on rend le mérinos chloruré complétement brun noir.

L'*évaporation et la cristallisation* employées par MM. Péligot et Bouchardat constituent un excellent moyen, mais qui demande beaucoup de temps ; il en est de même de la *fermentation*.

M. le docteur Brzeszinski (1) *sépare le sucre* de l'urine des diabétiques de la manière suivante. Il renferma l'urine d'un diabétique dans un vase de la même argile que les creusets. Au bout de quatre jours, on vit à l'extérieur du vase un commencement de transpiration, et vers le huitième la surface externe se couvrit d'une incrustation jaunâtre, qui se laissa détacher avec un couteau, sous forme de coquilles d'œuf. M. Brzeszinski en ramassa en une seule fois plus de 60 grammes, et le goût prouva que c'était du sucre.

On ne peut pas, évidemment, s'attendre à obtenir, par ce procédé, un résultat d'une grande précision ; mais ce moyen étant à la portée de tous les praticiens, on ne doit pas le négliger.

Quant au *procédé de M. Biot*, c'est-à-dire à la *polarisation* (2), il est impossible d'en trouver un à la fois plus prompt, plus exact et plus délicat ; mais l'appareil si ingénieux de ce célèbre physicien demande un emplacement particulier, et ne peut être à la disposition que d'un petit nombre de personnes. Le *saccharimètre* portatif, inventé par M. Soleil, pourra être mis en usage dans les cas où l'on voudrait arriver à une très grande précision ; mais, je le répète, pour la pratique les procédés de MM. Trommer et Mialhe sont très suffisants.

Il ne faut pas oublier un fait bien important pour le praticien, parce qu'il le met sur la voie du diagnostic : c'est l'existence, sur la chemise et les vêtements qui peuvent être en contact avec l'urine, de *taches* blanchâtres, d'abord poisseuses puis fermes et donnant de la consistance au linge, lorsqu'elles se sèchent. Ces taches résultent d'un dépôt de sucre. Quelquefois on trouve sur les vêtements de véritables *cristaux*.

Le sucre trouvé dans les urines des diabétiques est regardé aujourd'hui comme analogue au *sucre de fécule*, ou au sucre de raisin ou d'amidon, et d'après la théorie que les faits nous ont fait admettre, nous devons même le regarder comme identique avec ces sucres, puisqu'il n'est ordinairement pas autre chose que ces sucres eux-mêmes passés dans la circulation après avoir été absorbés. Quant au *sucre insipide* admis par Dupuytren et Thenard, M. Bouchardat a démontré qu'il ne différait pas du précédent, mais que sa saveur était seulement masquée par certains sels.

On a cru pendant longtemps que dans le diabète l'urine ne contient pas d'*urée*, des expériences faites par MM. Chevreul, Mac Gregor, Keane, Bouchardat, etc., ont prouvé le contraire. Je n'indiquerai pas ici les procédés employés, parce que la détermination de l'urée ne peut plus être aujourd'hui regardée comme utile au pra-

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1[er] février 1848.

(2) *Instruction pratique sur l'observ. et la mesure des propriétés optiques appelées rotatoires*. Paris, 1845, in-4.

icien. D'après des analyses faites par M. Morin (1), la quantité de l'urée paraîtrait a raison inverse de la quantité du sucre. Mais ce qu'il y a de certain, c'est que ette quantité varie beaucoup chez le même sujet. « Chez les diabétiques, dit I. Bouchardat (2), comme chez les personnes en santé, la proportion d'urée connue dans l'urine est proportionnelle à la quantité d'aliments azotés qu'ils prennt. Si chez les diabétiques, la proportion relative d'urée est ordinairement très ble, cela provient uniquement de ce que la proportion d'aliments azotés est très ble comparativement à la quantité d'urine rendue. »

On trouve quelquefois une petite quantité d'*albumine* dans l'urine des diabéties, mais la présence de cette substance n'a pas l'importance que quelques auurs ont voulu lui attribuer. L'*acide urique* n'a pas disparu dans cette affection, mme on l'avait prétendu; les observations de MM. Chevreul, Bell, Bouchardat, alhe (3), ont prouvé le contraire; cependant il n'existe souvent qu'en petite antité, d'où résulte la *faible acidité* de l'urine diabétique. On a, en outre, dans elques cas, signalé la présence de l'*acide hippurique* que M. Bouchardat n'a s trouvé chez les diabétiques soumis à son observation.

Tels sont les caractères tirés de l'état des urines; état dont les symptômes, que us allons maintenant passer en revue, sont évidemment la conséquence.

Les *fonctions génératrices* sont profondément troublées. Les érections n'ont us lieu; il n'y a plus de désirs vénériens; parfois même, si l'on en croit quelques teurs, le testicule s'atrophie, et le scrotum devient flasque. Suivant M. Elliotson, t état s'observe seulement neuf fois sur dix; mais il eût été nécessaire de dire si malades avaient été interrogés à ce sujet à toutes les époques de leur maladie, r cette altération des fonctions génératrices, qui a été remarquée par tous les servateurs, ne survient que graduellement, et l'on conçoit très bien qu'à une oque rapprochée du début, elle peut être très faible et peu appréciable. Le même teur a noté que la sécrétion du sperme cessait de se faire. Chez les femmes, on a constaté que l'*aménorrhée*, qui se montre fréquemment; mais encore on a blié d'indiquer l'époque de la maladie où survient ce symptôme.

Du côté des *voies digestives*, on observe les phénomènes les plus remarquables. « La *bouche*, dit M. Contour, qui a donné un bon résumé des observations faites r ce point par les auteurs, la bouche est aride et sèche, comme chez les personnes tourmentées par la soif. La *salive* est peu abondante, épaisse et écumeuse, esque toujours acide, ce dont il est facile de s'assurer à l'aide du papier de tournesol. Cependant, quand la maladie approche de son terme fatal, ou bien quand les mptômes, par leur disparition toujours incomplète, ont fait place à une rémission passagère, la salive perd cette acidité accidentelle et reprend ses caractères dinaires. » M. Mialhe ajoute plus d'importance encore à cette acidité de la salive. our lui, c'est un phénomène constant, et l'état des gencives et des dents, qui nt si fréquemment altérées, en est une conséquence.

Martin-Solon, et après lui M. Contour, ont, à l'aide du procédé de M. Trommer, nstaté dans la salive des diabétiques la présence du sucre, indiquée déjà

(1) *Journal de pharmacie et de chimie*, 1843.
(2) *Loc. cit.*, p. 185.
(3) *Archives de médecine*, 2e série, t. VII, p. 259.

par Rollo et M. Mac Gregor. « Ainsi, ajoute M. Contour, se trouve expliqué ce goût fade, doucereux et même sucré dont se plaignent souvent les diabétiques. La *langue* humide, naturelle dans les premiers temps de la maladie, se recouvre généralement plus tard d'un enduit blanc et épais; quelquefois elle est nette et d'un rouge vif; d'autres fois elle est d'un rouge de feu sur ses bords, tandis que son milieu est remarquable par un enduit d'un blanc jaunâtre, et même brun ou noirâtre. Les *gencives* s'affectent fréquemment, elles deviennent molles et douloureuses; saignent au moindre contact, comme dans le *scorbut;* et alors l'*haleine*, qui d'abord n'était que fade, et à laquelle on a voulu trouver une odeur de foin, devient fétide et repoussante; les *dents* se déchaussent par l'altération progressive des gencives, elles se carient, vacillent et tombent. Home cite un cas dans lequel un malade en perdit seize en très peu de temps. » Dans un cas que j'ai observé récemment, elles se cassaient et tombaient par fragments, laissant des bords aigus ou des aspérités sur la partie qui restait.

L'*augmentation de l'appétit* est, ainsi que le fait remarquer M. Bouchardat, un des traits les plus caractéristiques de la glycosurie. Il n'est guère d'affection, en effet, où l'on observe, comme dans celle-là, un appétit excessif, vorace, et qui devient parfois une véritable *boulimie*. Cependant ce symptôme n'est pas constant: on l'a vu manquer, mais rarement, et l'on peut dire qu'il n'est *presque aucun* sujet qui ne l'ait éprouvé à un degré plus ou moins grand. Cet appétit exagéré n'existe ni d'une manière continue, ni pendant toute la durée de la maladie; il est capricieux, irrégulier, de telle sorte que pendant plusieurs jours le malade prendra une quantité énorme d'aliments, et éprouvera ensuite du dégoût. L'augmentation de l'appétit est, dans la grande majorité des cas, peu sensible au début; elle est surtout remarquable quand l'amaigrissement commence à se montrer. Lorsque la maladie touche au terme fatal, et quand la phthisie pulmonaire se déclare, cette faim anormale diminue jusqu'à ce que l'appétit revienne à son état naturel, ou même au-dessous. La quantité d'aliments qu'il faut pour rassasier un diabétique est parfois effrayante. Dupuytren et Thenard ont constaté que le malade soumis à leur observation ingérait une masse de substance égale au tiers du poids de son corps. Porter, cité par les auteurs du *Compendium*, a vu un cas plus extraordinaire encore. M. Bouchardat a observé que la plupart des diabétiques ont un goût prononcé pour le pain et pour les aliments féculents.

Malgré la grande quantité d'aliments que prennent les individus attaqués de glycosurie, il est remarquable que, jusqu'à une certaine époque, les *digestions* se font assez bien. Quelques-uns, il est vrai, se plaignent de *chaleur*, de *pesanteur*, à l'estomac, de *renvois acides*, en un mot de symptômes qui annoncent des digestions laborieuses; mais la plupart, au contraire, n'éprouvent pas ces accidents, ou, n'y faisant qu'une médiocre attention, se croient dans un meilleur état de santé qu'auparavant. Lorsque la maladie a fait d'assez grands progrès, il n'en est plus ainsi : on voit apparaitre des *douleurs épigastriques* qui augmentent notablement lorsque l'estomac est distendu par les aliments; quelquefois les malades les comparent à la sensation que produirait un acide corrosif, ce qui s'explique par le haut degré d'acidité du liquide gastrique. Le [illegible] a lieu alors assez fréquemment. Les matières rendues sont assez abondantes, et composées d'aliments à moitié digérés. M. Mac Gregor y a découvert, par l'analyse, une certaine quan-

tité de sucre, ce qui ne doit pas nous étonner, puisque, ainsi que nous l'avons vu plus haut, cette matière est directement formée à l'aide de la diastase de la salive et du suc pancréatique.

Dans les premiers temps de la maladie, on observe une *constipation* marquée; et alors les *matières fécales* sont quelquefois complétement inodores, ce qui, suivant M. Bouchardat, indique une grande intensité de la maladie.

Plus tard, les selles perdent de leur consistance; elles deviennent grisâtres, et ressemblent, suivant l'expression de M. Contour, à une pâte chymeuse. Enfin elles sont liquides et nombreuses; mais cette *diarrhée* n'est pas continue, et l'on observe généralement des alternatives de dévoiement et de constipation.

Dans les premiers temps, on ne trouve rien de remarquable du côté des *voies respiratoires;* mais, à l'époque où l'affection a pris une grande intensité, les fonctions de la respiration commencent à s'altérer. « On observe, dit M. Contour, une petite *toux* sèche à laquelle d'abord le malade ne fait pas attention, mais dont les progrès continuels ne laissent pas d'être bientôt inquiétants; et si l'auscultation ne dévoile rien dans la poitrine, elle ne tardera pas à faire reconnaître des *tubercules* qui, une fois développés, se ramolliront avec une effroyable rapidité. »

L'état de la *peau* mérite de fixer notre attention; malheureusement on n'a pas pu l'examiner dans les premiers temps de la maladie, ce qui serait néanmoins très important, comme nous l'avons vu en étudiant les théories de MM. Mialhe et Bouchardat. Mais à une époque assez avancée, voici les observations qu'on a faites, et que M. Bouchardat a très bien résumées de la manière suivante :

« La peau subit des altérations remarquables : elle devient extrêmement *sèche, rugueuse, écailleuse;* dans quelques cas, elle se couvre d'*éruptions* de différente nature (*lichen, impetigo, porrigo, psoriasis*). Le plus souvent sa *sensibilité* diminue, au point même que quelquefois elle peut s'effacer complétement. Naumann a pu arracher les poils qui couvrent certaines parties du corps sans que les malades éprouvassent aucune douleur. La *transpiration cutanée* est complétement ou presque complétement anéantie, quand le diabète offre une grande intensité. Quand, sous l'influence du régime que j'exposerai plus loin, la maladie a diminué d'intensité, les *sueurs* peuvent reparaître; on les a également remarquées, et quelquefois assez abondantes, lorsque la terminaison fatale approche. »

Lattam (1) a avancé que la sueur avait une odeur de foin. Autenrieth prétend avoir observé des cristaux de sucre au périnée; mais, à ce sujet, on ne peut s'empêcher de remarquer, avec M. Contour, qu'on n'est pas autorisé à regarder ce sucre comme un résidu de la sueur, à cause du lieu où on l'a trouvé. A une époque avancée de la maladie, les urines baignent fréquemment les parties génitales et le périnée, où peut se déposer le sucre qu'elles contiennent. Mac Gregor a isolé *le sucre contenu dans la sueur.*

Lorsque l'affection n'a fait encore que de faibles progrès, on ne remarque aucun changement dans l'état de la *circulation;* quelques sujets seulement présentent un peu de ralentissement du pouls. Mais, quand les digestions deviennent pénibles, et surtout quand les vomissements surviennent, ces accidents digestifs s'accompagnent de *frisson*, de *chaleur* et d'une *accélération notable du pouls.* Dans les

(1) *Facts and opinions concerning diabetes.*

derniers temps, et lorsque les tubercules sont venus joindre leurs symptômes à ceux qui viennent d'être exposés, on observe à la fois la petitesse et l'accélération des pulsations, phénomène qui coïncide avec le dépérissement rapide.

On a trouvé du *sucre dans le sang* extrait de la veine chez les diabétiques: M. Contour rapporte à M. Ambrosiani la première découverte de cette matière dans ce liquide. Plus tard les docteurs Maitland, Rees, Mac Gregor, Guibourt et Bouchardat ont fait la même expérience, et sont arrivés au même résultat. On ne peut donc, quoique plusieurs autres chimistes n'aient pas été aussi heureux, nier que le sucre existe en nature dans le sang; et, comme le fait très bien observer M. Bouchardat, si quelques expériences n'ont pas réussi, c'est qu'elles ont été faites trop longtemps après la digestion, et lorsque le sucre absorbé avait déjà été évacué par les urines.

A une époque un peu rapprochée du début, la peau ne présente rien de remarquable sous le rapport de la *chaleur;* seulement les malades éprouvent une sensation fatigante de chaleur intérieure et une sensibilité plus grande au froid extérieur; quelquefois, ainsi que l'a remarqué M. Contour, ils éprouvent alternativement des sensations de froid et de chaud qui, partant des lombes, viennent aboutir à la région de la vessie. A une époque plus avancée, la fièvre devient continue; on observe une chaleur qui augmente après les repas et le soir, comme dans toutes les fièvres hectiques.

Les phénomènes qu'on a notés du côté de la *vision* ont fixé l'attention de tous les médecins; mais à ce sujet les opinions ne sont pas uniformes. Généralement on a avancé que la vue est le plus souvent affaiblie à une époque assez avancée du diabète. M. Bouchardat affirme qu'il a souvent vérifié l'exactitude de cette opinion; mais M. Contour, ayant interrogé avec soin les organes des sens chez tous les malades soumis à son observation, n'a jamais noté cet affaiblissement de la vue, que, d'un autre côté, M. Mialhe, de qui je tiens ces détails, regarde comme un des symptômes les plus fréquents et les plus remarquables de la glycosurie. Il est impossible, comme on le voit, de se prononcer avant d'avoir de nouveaux faits suffisamment nombreux et exactement analysés. Remarquons toutefois, avec MM. Contour et Bouchardat, qu'on aurait tort, sans de nouvelles preuves, d'attribuer à la maladie qui nous occupe certaines lésions des yeux, telles que l'*opacité de la cornée*, la *cataracte*, etc., ainsi que l'ont fait quelques auteurs. Il est plus que probable que ces lésions n'existent que par de simples coïncidences.

L'état du *moral*, qui d'abord ne présentait rien de particulier, ne tarde pas à devenir inquiétant : le malade est *triste*, *soupçonneux*, *irritable*, et il tombe dans une *hypochondrie* dont les améliorations passagères qu'on obtenait à l'époque où l'on n'avait pour principal moyen de traitement qu'un régime approprié le tirent difficilement.

On a encore signalé comme un symptôme de la glycosurie la *dureté de l'ouïe*, et même la *surdité*. M. Contour a observé un cas dans lequel la suppuration des deux oreilles rendit l'ouïe difficile pendant toute la durée de l'affection, qui fut d'environ deux mois. Ce symptôme mérite d'être encore étudié; mais, avec les documents que nous avons, il est impossible de se prononcer sur sa valeur réelle.

Lorsque la maladie approche de sa terminaison funeste, les symptômes les plus remarquables sont : le *dévoiement*, qui rend le dépérissement très rapide; l'*éma-*

ciation, la *faiblesse* extrême; le *ramollissement des gencives*, la *chute des dents*, la *fétidité de l'haleine*; l'*infiltration* des membres inférieurs, et parfois un *épanchement dans le péritoine*; la *rougeur du méat urinaire et du prépuce*, occasionnée par le passage et le contact presque continuel de l'urine; la *tristesse*, l'*abattement*, le *désespoir*, des rêves effrayants; enfin le malade succombe avec les symptômes de la phthisie pulmonaire arrivée au dernier degré, et dans le marasme le plus complet.

M. Landouzy (1) a signalé un cas de diabète sucré qui s'est terminé par la *gangrène des extrémités* et la mort, terminaison qu'avait déjà signalée M. Marchal (de Calvi), et qui ne paraît pas être extrêmement rare.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Il résulte des détails dans lesquels je viens d'entrer que la maladie peut être divisée en *trois périodes*, qui, sans être complétement distinctes, ne laissent pas de se caractériser par des phénomènes remarquables. Dans la *première*, nous trouvons l'augmentation de l'appétit, la soif, la constipation, l'abondance des urines, la présence du sucre dans ce produit de la sécrétion rénale, sans que d'autres symptômes bien tranchés viennent éclairer le sujet sur sa position. Dans la *deuxième*, on observe le trouble des fonctions digestives (vomissements, etc.), des alternatives de diarrhée et de constipation, l'émaciation plus ou moins rapide, l'affaiblissement de la vue, la suppression de la transpiration, des symptômes d'hypochondrie; et plusieurs des symptômes précédents, tels que l'excrétion du sucre par les urines et la soif, augmentent encore. Enfin, dans la *troisième*, nous voyons souvent un dévoiement continuel, la fièvre, le marasme; et quoique l'abondance des urines diminue, et que même la transpiration cutanée puisse, dans certains cas, se reproduire en partie, le dépérissement fait des progrès tels, que le malade ne tarde pas à succomber après avoir été plongé dans l'abattement et le désespoir.

Selon le docteur Moritz Traub (2), il existe *deux périodes* dans le diabète. Pendant la première, la totalité du sucre contenu dans l'urine est fournie immédiatement par les aliments ingérés; durant la deuxième, le sucre ne provient pas seulement de la nourriture, mais il est le résultat d'une sécrétion propre du foie.

Pour mesurer l'intensité d'un diabète, il faut analyser l'urine le matin avant le repas. Si elle est exempte de sucre, la maladie est au premier degré; si elle contient du sucre, le diabète est au deuxième degré, et d'autant plus avancé que la quantité de sucre rendue chaque heure est plus considérable.

Si on la considère d'une manière générale, on doit dire que la marche du diabète est lente, continue et progressive. Cependant, comme le régime a une influence marquée sur l'intensité des symptômes, il arrive nécessairement parfois que des améliorations de plus ou moins longue durée, accidentelles ou obtenues par l'art, paraissent venir suspendre cette marche croissante; mais bientôt la maladie reprenant son cours, on voit que ses symptômes sont plus graves, et que ses progrès, quoiqu'un instant masqués, n'en sont pas moins réels. On a vu parfois des

(1) *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, juin 1852.
(2) *Archiv von Virchow and für Heilkunde*. Reinardt, 1851.

affections aiguës, et surtout des exanthèmes fébriles, suspendre momentanément les symptômes de la glycosurie; mais on ne saurait admettre l'existence d'un *diabète intermittent*, variété qu'on a cru trouver dans quelques faits qui ne sont nullement concluants.

Suivant quelques auteurs, comme Dobton et Osterdycke (1), cités par M. Contour, la *durée* de la maladie serait parfois de quelques semaines, ou même de quelques jours; mais on a pensé, et très probablement avec raison, que dans les cas rapportés par ces auteurs, le début a été fixé beaucoup trop tard, la maladie ayant été méconnue jusqu'à ce qu'elle ait donné lieu à des symptômes très graves, ou bien qu'une maladie intercurrente soit venue accélérer la terminaison fatale.

On a cité, au contraire, des cas dans lesquels le diabète aurait duré un grand nombre d'années, et même toute la vie, sans altérer notablement la santé. Une observation de Moegling (2) indique un fait de ce genre; et le même auteur cite Dodonœus et Fernel comme en ayant rapporté de semblables. Mais, en lisant cette observation, on ne peut s'empêcher d'y reconnaître l'existence d'une simple *polydipsie* qui avait commencé dès l'enfance, comme cela a lieu fréquemment dans cette maladie. Un fait plus important sous ce rapport est celui qui a été signalé par M. Bassereau à M. Contour, et dans lequel on a constaté fréquemment la présence du sucre dans les urines pendant un espace de plus de trente ans, sans que le malade ait été forcé de suspendre ses occupations habituelles. Le défaut de détails ne nous permet pas de rechercher s'il y a dans ce fait quelque circonstance qui puisse expliquer cette anomalie.

Dans presque tous les cas, la glycosurie est une affection de très longue *durée*, mais les termes de cette durée n'ont pas été fixés d'une manière précise. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle est très différente suivant les périodes de la maladie : la première peut être de plusieurs années; mais les deux autres, et surtout la dernière, sont beaucoup plus courtes, surtout lorsque les tubercules ont envahi les poumons.

Jusqu'à ces derniers temps, on a pu dire que le diabète était une maladie incurable, et c'était là l'opinion des médecins qui, comme Prout et Berndt, ont observé de véritables glycosuries. On a sans doute cité beaucoup de faits dans lesquels on a affirmé que le diabète a été guéri; mais il faut remarquer, avec M. Bell, que les principaux symptômes, et en particulier la présence du sucre dans l'urine, n'ont pas été constatés dans ces cas, que les malades n'ont pas été observés pendant assez longtemps, et qu'on a pris, sans aucun doute, une amélioration passagère pour une guérison. Faut-il regarder comme des cas plus concluants de terminaison heureuse ceux qui ont été cités par MM. Bouchardat et Mialhe? C'est une question sur laquelle j'aurai à revenir à propos du traitement. Je me bornerai à dire ici que ces deux observateurs n'ont pu encore suivre les cas soumis à leur traitement pendant un temps très long; que cependant le retour à la santé et la disparition du sucre des urines ont paru si complets dans quelques-uns de ces cas, qu'on peut avoir l'espoir d'une guérison radicale, et c'est ce que l'observation ultérieure nous apprendra.

(1) *Mém. de la Soc. de Harleim*, t. XII.
(2) *Éphémérides des curieux de la nature*, an XI, obs. 175, p. 274.

§ V. — Lésions anatomiques.

Après ce que nous avons dit en exposant la théorie qui nous a paru le mieux appuyée sur les faits, c'est-à-dire la théorie de M. Mialhe, on comprend que l'anatomie pathologique de la glycosurie n'a plus l'importance qu'on aurait pu lui supposer, et l'inutilité des efforts faits pour découvrir dans l'état matériel des organes la cause organique de cette maladie n'a plus rien qui étonne. Dans cet état de choses, il me suffira d'énumérer rapidement les altérations pathologiques sur lesquelles on a le plus insisté avant ces dernières années.

On a dû naturellement diriger d'abord son attention sur l'état des reins, et l'on a vu ces organes le plus souvent hypertrophiés, quelquefois au contraire atrophiés, ordinairement flasques, ramollis, pâles; parfois on les a trouvés congestionnés, et cette congestion est, dans certains cas, la seule altération apparente. On a noté rarement une véritable inflammation des reins. Chez certains sujets on a rencontré dans ces organes quelques points de suppuration. Le peu d'importance de ces lésions dans la grande majorité des cas, et le peu de fréquence des altérations un peu graves signalées par quelques observateurs a dû faire élever des doutes sur leur valeur comme causes organiques de l'affection avant même qu'on sût comment le sucre se forme dans l'économie; aujourd'hui il faut nécessairement reconnaître que ces lésions sont secondaires et dues uniquement à l'excès de la sécrétion urinaire déterminé par la maladie déjà existante. On a signalé encore la dilatation et l'épaississement des uretères et de la vessie, ou bien la diminution de capacité de ce dernier organe.

L'hypertrophie, la congestion du foie, ont encore été mentionnées; mais Cullen a constaté l'absence de ces lésions dans vingt autopsies. L'acidité de la bile, indiquée par R. Willis, n'a pas été retrouvée par M. Contour, pas plus que l'acidité des matières intestinales.

Sauf une dilatation de l'estomac et des intestins, due sans aucun doute à la grande quantité d'aliments ingérée pendant un temps assez long, on n'a vu, dans ces organes, rien qui mérite d'être noté, et par là se trouve repoussée l'opinion qui a voulu placer dans l'estomac le siége anatomique de la glycosurie.

On ne doit accorder aucune importance à l'accroissement de volume du grand sympathique indiqué par M. Duncan; et quant au ramollissement, à la tuméfaction des ganglions mésentériques et à l'épanchement péritonéal qu'on observe quelquefois, ce sont évidemment des lésions secondaires, ainsi que les accumulations de sérosité dans d'autres cavités, les plèvres, par exemple.

La très grande fréquence de la tuberculisation pulmonaire dans cette maladie a frappé tous les observateurs. Il ne paraît guère douteux que ce ne soit encore là une lésion consécutive; la succession des symptômes le prouve suffisamment. Mais comment concevoir cette complication si remarquable de la glycosurie par une affection pulmonaire qui se produit si souvent dans des conditions tout à fait différentes? Je pourrais donner ici une explication ingénieuse qui m'a été communiquée par M. Mialhe; mais elle est toute théorique, et en attendant qu'on nous présente des faits probants, si la chose est possible, il vaut mieux rester dans le doute.

Enfin, quelques lésions du cœur n'ont aucun rapport avec la maladie qui nous

occupe ; la séparation du chyle et du sang dans la sous-clavière (Marshall), et jusque dans les veines du cœur (Michaëlis), une accumulation de sérosité dans les membranes encéphalo-rachidiennes, telles sont les altérations que des recherches minutieuses ont pu faire découvrir. M. Capezzuoli (*loc. cit.*) a trouvé du sucre dans le pus d'un abcès, dans la sérosité du péricarde et dans la bile. Les autres expérimentateurs n'ont pas trouvé cette substance dans d'autres liquides que l'urine et le sang, et dans ce cas c'est pendant la vie des sujets que les expériences ont été faites.

MM. Francis et Cl. Bernard ont trouvé du sucre dans les crachats des diabétiques, et le dernier de ces expérimentateurs en a démontré la présence dans le *sang*, dans le *foie* et dans les *reins*. A propos des *causes*, nous avons parlé des remarquables observations de ce dernier observateur.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. — La maladie dont il est ici question ayant pour caractère essentiel la présence dans l'urine d'une substance qu'on ne rencontre dans aucun autre cas, il est évident que le diagnostic ne peut offrir aucune espèce de difficulté, dès que l'attention est dirigée sur la possibilité de la glycosurie. Les affections dans lesquelles l'excrétion de l'urine est augmentée, et qui ont pour symptôme une soif exagérée, comme la *polydipsie*, l'*anazoturie*, ont sans doute de nombreux points de ressemblance symptomatique avec la glycosurie ; mais un diagnostic différentiel entre ces maladies n'aurait d'intérêt qu'autant que le procédé pour reconnaître la présence ou l'absence du sucre demanderait une habileté, une aptitude particulières ; or il ne s'agit que de mettre en usage les *procédés de M. Trommer*, de *M. Barreswil*, de *M. Mialhe*, ou celui de *M. Maumené*, ou même d'*introduire dans l'urine une petite quantité de bière* qui produit la *fermentation alcoolique*, lorsque ce liquide contient du sucre. Est-il nécessaire de chercher d'autres signes diagnostiques? Non, sans doute, et *la quantité des urines ne fût-elle pas notablement augmentée*, ce qu'on a observé bien rarement, on ne pourrait, à l'aide de ces moyens si simples, rester un seul instant dans l'erreur.

Mais, ai-je dit, il faut que l'attention du médecin soit éveillée ; or c'est le défaut de symptômes suffisants, dans les premiers temps de la maladie, qui nuit le plus à la promptitude et à la sûreté du diagnostic. Il est une remarque très juste faite par Hufeland : ce praticien a constaté que ce n'est presque jamais le médecin qui reconnaît le premier la glycosurie dont son malade est affecté. L'état de langueur, le dépérissement, sont attribués très souvent à des maladies nerveuses ou à d'autres affections chroniques ; les malades sont traités comme des hypochondriaques, et ce n'est qu'à une époque fort avancée que ceux-ci, soit qu'ils aient été mis sur la voie par une autre personne affectée de la même maladie, soit spontanément, découvrent du sucre dans les urines, en les goûtant.

Dans les cas même où le médecin s'aperçoit le premier de l'existence de la glycosurie, il arrive très souvent qu'il a perdu un temps précieux avant d'examiner l'urine, et qu'il a dirigé contre une maladie imaginaire des moyens inutiles, sinon dangereux. C'est donc en s'attachant à reconnaître de bonne heure la maladie, et, s'il se peut, dès la première consultation, que les praticiens rendront les plus grands

ervices. C'est aussi cette partie du diagnostic qui est la plus importante, et qui mé-ite de nous arrêter quelques instants.

Il faut d'abord dire avec Hufeland, que *le médecin doit toujours examiner ttentivement les urines de tout malade qui dépérit sans qu'on en trouve une ause suffisante.* On peut même aller plus loin, et ajouter que si, malgré l'existence 'une cause semblable, on trouve quelque chose d'insolite dans la marche de la aladie, l'examen doit être également fait. Il ne peut, en effet, résulter rien de cheux d'un pareil examen, et la chose est si facile, si promptement exécutée, qu'il 'y aura jamais à se repentir d'une recherche inutile. J'insiste sur ce précepte, arce qu'il est capital; quand on en aura bien compris toute la portée, on sera bien oins exposé à se tromper et à voir des malades venir avec une affection méconnue endant des mois et même des années.

On pourra, il est vrai, se demander, si dès le début, la présence du sucre dans s urines est un caractère constant et facile à constater. Ce que nous avons vu ans les récidives, où les urines sucrées ont coïncidé immédiatement avec le retour es autres symptômes, permet de croire qu'il en est ainsi au début même de l'affec-on, et le procédé indiqué plus haut permet de constater une quantité minime de cre dans l'urine.

En supposant qu'on ait besoin de quelque signe pour être déterminé à l'examen u liquide urinaire, on en trouve plusieurs dans les circonstances suivantes: ° Une soif inusitée; la sécheresse de la bouche, l'acidité de la salive, la carie des ents. 2° L'augmentation de l'appétit, qui cependant n'est pas constante, mais qui, rsqu'elle existe, est bien digne de remarque; car quelle est l'autre maladie chro-que avec dépérissement qui présente un pareil symptôme? 3° La sécheresse de peau: ce symptôme est si remarquable, qu'il frappe non-seulement le malade, ais encore parfois ses amis. Des personnes étrangères à l'art ont reconnu une nélioration marquée dans l'état des glycosuriques au simple contact de la main, nt cette partie, comme les autres, est sèche, à quelque température qu'elle soit. uant aux malades, tous les praticiens qui ont eu à soigner des glycosuriques sa-ent qu'ordinairement ils ont recours d'eux-mêmes aux frictions, aux vêtements auds, en un mot à tous les moyens vulgaires de ramener la transpiration suppri-ée. 4° L'augmentation de la quantité des urines, et un besoin fréquent de les ndre : c'est encore là un symptôme qui peut manquer, mais dont la valeur n'est s moins fort grande. 5° Le dépôt gommeux qui reste sur la chemise, et qui la rend mme empesée : c'est quelquefois en goûtant les taches qui en résultent que les alades ont reconnu la présence du sucre dans leurs urines. 6° La diminution ou néantissement des facultés viriles : on a vu, dans la description des symptômes, mbien celui-ci est important. 7° L'affaiblissement de la vue, qui n'a pas une im-rtance moins grande.

Il n'est même pas nécessaire de l'ensemble de ces symptômes pour faire sup-ser une glycosurie, et un petit nombre d'entre eux chez un sujet pâle, affaibli, acié, frapperont immédiatement le praticien prévenu. L'examen de l'urine à ide de l'alcali lèvera ensuite très promptement tous les doutes qui pourraient rester core.

Pronostic. — Il est difficile, dans l'état actuel de la science, de présenter le pro-stic de la maladie. Si l'on ne considérait que les faits publiés avant ces dernières

années, on devrait nécessairement porter un pronostic des plus graves, puisque tout ce qu'on a pu obtenir, dans les cas de véritable glycosurie, c'est une amélioration plus ou moins passagère. Si, au contraire, on n'avait égard qu'aux faits rapportés par M. Bouchardat et surtout par M. Mialhe, et si l'on avait des raisons suffisantes pour ne conserver aucune crainte sur l'avenir des malades traités par ces observateurs, on devrait regarder la glycosurie comme une affection dont il est très facile de triompher. Mais il faut qu'un plus long temps soit venu démontrer la solidité de la plupart des guérisons qu'ils ont publiées, et en attendant voici ce que l'on peut dire : L'affection, livrée à elle-même, est nécessairement mortelle; traitée par les moyens mis en usage avant ces dernières années, elle n'a pas été radicalement guérie; *il y a lieu de croire* que sous l'influence du traitement proposé par M. Bouchardat et de celui que conseille M. Mialhe, on a obtenu quelques guérisons réelles, et d'*espérer* que les exemples de guérison se multiplieront rapidement. Je renvoie à l'article suivant pour développer ces propositions et faire disparaître ce qu'elles peuvent avoir de singulier.

§ VII. — Traitement.

Les diverses théories du diabète admises par les auteurs ont tour à tour dirigé les médecins dans le traitement de cette maladie. Ayant donné la préférence à celle de M. Mialhe, parce qu'elle me paraît établie sur certains faits importants, je ne peux pas attacher une importance majeure aux divers traitements qui ne se rattachent pas à cette manière de voir, et pour deux motifs : le premier est que si les moyens proposés ne tendent nullement à ramener à l'état normal les humeurs viciées, on ne peut pas en attendre des effets durables; et le second, qui a une plus grande valeur pour le praticien, puisqu'il est fondé sur l'expérience, c'est que les remèdes qui n'ont pas, soit directement, soit indirectement, atteint le but que je viens d'indiquer, ont eu une efficacité sinon nulle, du moins très hypothétique dans les cas où on les a mis en œuvre, et cela non-seulement comme moyens curatifs, mais encore comme moyens palliatifs. Je ne crois pas néanmoins devoir passer entièrement sous silence la longue série de remèdes proposés par les divers auteurs; il faut qu'on sache ce qui a été fait et le résultat qu'on en a obtenu, pour bien apprécier la valeur de ce que je proposerai de faire. Mais les raisons que je viens de donner m'autorisent, je pense, à être bref dans cette exposition.

Jusqu'à l'époque où l'on a séparé nettement la glycosurie des autres espèces de diabète, on a fréquemment confondu, dans l'étude du traitement, les diverses affections qui consistent dans une excrétion surabondante d'urine; c'est encore là une cause d'erreurs qui doit nous rendre très réservé dans l'appréciation des résultats thérapeutiques publiés avant qu'on ait senti la nécessité de considérer tout à fait à part la maladie dont le caractère essentiel est la présence du sucre dans les urines, et c'est ce que le praticien ne doit jamais oublier. Enfin remarquons qu'un assez bon nombre d'observateurs ont négligé de constater d'une manière précise l'état des urines après les guérisons apparentes qu'ils disent avoir obtenues, et nous comprendrons combien est difficile le jugement en pareille matière.

Émissions sanguines. — Un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels on remarque Aétius, Borsieri, Hufeland, Rollo, etc., ont recommandé d'avoir recours aux émissions sanguines au début de la maladie, et de les pratiquer avec modération.

es, au contraire, comme Watt et le docteur Carbutt (1), veulent qu'on saigne es les époques de la maladie. Le dernier de ces deux auteurs conseille la *sai- générale*, les *sangsues* à l'épigastre, les *ventouses scarifiées* aux lombes. Ce e fausses idées sur la nature de la maladie qui ont engagé à mettre en œuvre oyens dont l'efficacité est plus que contestable. On n'admet plus aujourd'hui ence d'une inflammation de l'estomac et des intestins, et les émissions san- sont généralement abandonnées. Il faudrait des circonstances toutes parti- es, comme une complication inflammatoire, pour qu'on y eût recours.

tispasmodiques. — On a attribué une assez grande efficacité aux antispasmo- ; cependant il est remarquable qu'on ne les a jamais employés seuls, et qu'on toujours associés avec d'autres remèdes dont l'effet est plus généralement , ce qui doit nous inspirer des doutes sur leur utilité. Shee (2), les docteurs li (3) et Richter (4) recommandent le *camphre*, que ce dernier donne à la le 50 *à* 60 *centigrammes*. L'*asa fœtida* est conseillé par P. Frank (5) et par nd (5), la *valériane* par Richter; en un mot, on a passé en revue les divers asmodiques. Tout ce que nous devons dire à ce sujet, c'est que si ces mé- ents ont l'avantage de calmer quelques symptômes, on ne peut les regarder e des moyens curatifs, et l'on doit les placer tout au plus parmi les adjuvants.

rcotiques. — Parmi les narcotiques, l'*opium* a été presque exclusivement llé. Ce médicament a joui d'une très grande faveur, et beaucoup de médecins rdent encore comme très utile. Déjà Aétius le recommandait, et Willis lui lait une très grande confiance. Il serait trop long d'indiquer tous les auteurs t vanté les bons effets de ce remède. Disons seulement que Moncy (6) veut élève progressivement la dose de l'opium jusqu'à 1 gramme 20 centigrammes ur. Cette dose paraîtra énorme, et cependant elle a été de beaucoup dépassée, e Tommasini a été jusqu'à prescrire 3 grammes d'opium dans les vingt- heures. Ce serait au médecin qui voudrait employer ce moyen à juger, en ant prudemment les doses, jusqu'où il peut les élever. Ce qu'il faut constater est que, de l'avis de tous les médecins qui ont une grande confiance dans m, il faut donner des quantités considérables de cette substance, et ne pas lre de produire le narcotisme et même une intoxication assez marquée di).

maintenant nous examinons les faits, nous voyons que, très fréquemment, m a diminué la soif et l'appétit, et, par suite, l'abondance de la sécrétion re; que, sous son influence, on a vu des malades recouvrer en partie leurs , et que, par conséquent, ce remède n'est pas sans utilité; mais si l'on exa- attentivement les cas de guérison rapportés par les auteurs, on voit qu'il s'agit simple *polyurie*, ou qu'il n'y a eu qu'amélioration passagère, et l'efficacité pium devient très contestable sous ce rapport.

utres narcotiques, comme la *belladone* (Hufeland), la *jusquiame*, etc., ont été

Voy. Pabst, *All. med. Zeit.*, 1836.
Duncan's *Annal. of med.*, 1706.
De similitudine ad. illustr. diabetis nat., etc. Halæ, 1830.
Spec. ther.
Traité de médecine pratique. Paris, 1842, t. I, p. 401.
Med. chir. Trans. of London, 1814, t. V, p. 236.

administrés, mais on ne leur accorde généralement pas une grande confiance. Quant à l'*acétate de morphine*, conseillé par les docteurs Berndt (1) et Ronander (2), il n'a évidemment pas d'autre action que celle de l'opium lui-même.

Astringents. — Les astringents, vantés par les uns, ont été regardés par les autres comme n'ayant aucun effet utile. Brisbane et Osterdycke sont de cette dernière opinion. Parmi les astringents mis en usage, il n'en est aucun qui ait une plus grande réputation que la *gomme kino* ; beaucoup d'auteurs l'ont recommandée, et M. Sandras l'a administrée à la dose de 1 *gramme* 25 *centigrammes* pendant un mois.

Les autres astringents sont : la *noix de galle*, l'*écorce de chêne*, le *cachou*, le *tannin*, l'*acétate de plomb*, etc. Les astringents sont des médicaments qui ne doivent pas être complétement rejetés du traitement de la glycosurie : ils peuvent, en effet, avoir pour résultat de modérer un peu la sécrétion urinaire dans les cas où elle dépasse toutes les bornes ; mais il ne faudrait pas plus compter sur eux que sur les moyens précédemment indiqués pour guérir radicalement l'affection.

Toniques. — Ce que je viens de dire des astringents s'applique entièrement aux toniques ; qu'il me suffise, par conséquent, de citer le *quinquina* et le *simarouba* parmi les toniques principalement administrés, laissant au lecteur le soin d'apprécier l'opportunité de leur administration, que l'extrême faiblesse des malades, dans la plupart des cas, semble parfaitement autoriser.

Ferrugineux. — Les ferrugineux ont été principalement recommandés par Marshall, Peacock, Venable, etc. La grande pâleur des individus affectés de glycosurie, ayant fait supposer que leur sang était très appauvri, a engagé à administrer le fer, qui peut avoir quelques avantages comme tonique.

M. Rostan (3) a obtenu une guérison complète chez un sujet dont la constitution était déjà très altérée, en lui donnant l'*iodure de fer* à la dose de 1 gramme à 1gr,25 en pilules, dans la journée. En même temps on tenait le malade au régime animal et tonique ; mais ce n'est pas à ce régime qu'on doit rapporter la guérison, puisqu'il était suivi depuis deux mois sans amélioration quand on commença l'administration de l'iodure de fer. Ce médicament doit donc être recommandé.

Vomitifs, purgatifs. — Je dirai très peu de chose des vomitifs et des purgatifs, quoique des auteurs très recommandables, comme Hildenbrand, les docteurs Richter, Berndt, etc., en aient conseillé l'usage. Ces moyens peuvent être de quelque utilité, mais uniquement pour combattre certains symptômes, et non pour procurer la guérison complète de l'affection. C'est ainsi que le *tartre stibié*, l'*ipécacuanha*, pourraient être administrés aux doses ordinaires pour aider l'estomac à se débarrasser de l'énorme quantité d'aliments que prennent souvent les diabétiques, et qu'ils ne peuvent pas digérer. C'est ainsi également que les purgatifs ordinaires serviront à vaincre la constipation, symptôme habituel de l'affection, surtout au début. Mais ces traitements palliatifs ne triompheront pas véritablement par eux-mêmes de ces symptômes incommodes, et tant qu'on n'aura pas recours au traitement radical, on pourra espérer de suppléer momentanément à l'intégrité des fonctions, mais non à la rétablir complétement.

(1) *Klinisch. Mitteilungen*. Greifswalde, 1834.
(2) *Ars beraett.*, etc. Stockholm, 1831.
(3) *Bulletin général de thérapeutique*, novembre 1842.

Je vais maintenant donner l'énumération rapide d'un certain nombre de remèdes riés qui ont été préconisés par les nombreux auteurs qui se sont occupés de cette ave maladie.

Acides. — D'après la théorie que nous avons adoptée, on comprend difficilement l'on ait administré les acides dans le diabète sucré; c'est cependant ce qui a eu n, et nous voyons Venable recommander l'*acide phosphorique;* Brera, l'*acide trique* mêlé à l'*éther;* Fraser et Pitschaft, l'*acide sulfurique;* et enfin le docteur pland, l'*acide chlorhydrique.* Je me contente de cette indication, attendu que s faits invoqués par ces auteurs sont bien loin d'être concluants, ainsi que l'a jà fait remarquer le docteur Naumann, et que, d'après tout ce que nous avons t sur les causes et la nature de la glycosurie, loin de conseiller les acides, on oit les proscrire sévèrement.

Moyens divers. — M. le docteur Berndt (1) prescrit les pilules suivantes :

Acétate de morphine....... 0,15 gram.	Extrait de fiel de bœuf........ 4 gram.
Sulfate de cuivre ammoniacal. 0,30 gram.	Poudre de quassia amara....... 4 gram.

F. s. a. des pilules de 0,10 gram. Dose : cinq matin et soir.

Je n'ai pas pu étudier les faits dans lesquels ces pilules ont été administrées, et me borne par conséquent à signaler ce moyen à l'expérimentation.

Je me borne également à mentionner la *créosote*, que l'auteur que je viens de ter a administrée à la dose de huit gouttes par jour; la *térébenthine*, prescrite par choenlein; le *fiel de bœuf*, que recommande Hufeland; les *mercuriaux;* le *calo-el*, conseillé par Dzondi; le *café*, le *soufre* (Christie); les *bains froids* (Miche-tti); et enfin l'*urée*, qui a pu être prescrite lorsque l'on pensait que cette sub-ance avait disparu de l'urine des glycosuriques, ou qu'elle avait été convertie en icre, mais qu'on ne saurait plus administrer, aujourd'hui qu'on sait que cette pinion n'est nullement fondée.

Remèdes externes. — Les moyens de ce genre ne peuvent encore être que des ljuvants. Les *frictions sèches* ou *aromatiques*, conseillées par les anciens; celles e Naumann, dans lesquelles entrent le *baume du Pérou*, l'*ammoniaque*, la *inture de cantharides;* celles qu'on fait avec la *pommade d'Autenrieth;* les *ésicatoires*, les *sinapismes*, tous ces moyens ont pour but d'exciter la peau, qui, insi que nous l'avons vu dans la description des symptômes, a cessé ses fonctions. lais tant qu'on ne modifie pas l'état général des glycosuriques, on ne peut pas spérer que ces excitants soient suffisants, et, dans tous les cas, ils peuvent être tilement remplacés par les sudorifiques, ainsi que nous le verrons plus loin. uant aux *moxas*, qu'on a également conseillés, rien ne prouve qu'ils aient la oindre utilité.

Les frictions faites avec l'*huile*, le *lard* (Nicolas et Gueudeville), sont destinées à ompléter le *traitement par le régime azoté;* nous en reparlerons à l'occasion de e traitement. Je réserve également, pour en parler un peu plus loin, l'emploi des iverses espèces de *bains*.

Séjour dans les climats chauds. — M. le docteur Keith Imray (2) a cité six cas

(1) Voyez *Bulletin général de thérapeutique*, 15 septembre 1849, t. XXXVII, p. 220.
(2) *The Edinburgh med. and surg. Journal*, janvier 1846.

de diabète qui avaient résisté à plusieurs traitements, et qui ont été heureusement influencés par un *séjour prolongé dans les climats chauds*. Notons toutefois qu'il n'avait pas employé le traitement par les alcalins. On peut néanmoins conclure de ces faits, que le séjour dans un climat chaud est un adjuvant très utile dans le traitement de cette affection, ce qu'on pouvait d'ailleurs prévoir *à priori*, en se rappelant ce que nous avons dit à propos de l'absence complète des sueurs chez les diabétiques.

Sudorifiques. — Nous avons vu que MM. Bouchardat et Mialhe ont beaucoup insisté sur la suppression de la transpiration cutanée. Il ne faut pas croire pour cela que ce phénomène ait échappé aux observateurs qui les ont précédés. Hufeland, en particulier, attache une telle importance à cette suppression de la transpiration, qu'il dit (1) : « Parmi les causes éloignées, la plus importante est la *suppression chronique de la sécrétion cutanée.* » Aussi, depuis très longtemps a-t-on conseillé les sudorifiques, qui sont une partie essentielle de la médication recommandée par M. Mialhe.

De tous les moyens propres à exciter et à rétablir la sécrétion cutanée, il n'en est aucun qui ait été plus vivement préconisé et plus anciennement employé que les *bains de vapeur*. Arétée, Paul d'Égine, Aétius, en faisaient usage, et ils ont eu de nombreux imitateurs. Récemment M. Mialhe en a signalé les grands avantages, et nous verrons plus loin que, dans un cas rapporté par lui et par M. Contour, il n'a fallu que *six bains de vapeur*, concurremment avec les remèdes internes, pour rétablir la transpiration. Ce moyen ne saurait être trop recommandé.

Les *bains chauds* d'eau simple ont quelquefois suffi pour remplir cette indication, sinon d'une manière définitive, du moins pendant un certain temps. Le docteur Marsh (2) y joint l'emploi de l'*opium*, qui agit sur la peau en même temps qu'il exerce l'action indiquée plus haut.

La *poudre de Dower* est administrée dans la même intention; mais, suivant le docteur Carter (3), il faut en continuer longtemps l'usage, si l'on veut en obtenir des effets durables. On doit commencer à en donner 2 décigrammes, et augmenter lentement la dose jusqu'à 5 ou 6 décigrammes par jour, qu'on continuera ensuite.

Les *ammoniacaux* ont été mis en usage, surtout depuis Rollo, qui employait l'*hydrosulfate d'ammoniaque* à la dose de 25 à 50 centigrammes, trois fois par jour. Hufeland a adopté cette manière d'administrer ce médicament. Le docteur Albers a rapporté un cas où l'*ammonium sulphuratum*, donné chaque jour à la dose de *trois ou quatre gouttes seulement* dans un demi-litre d'eau, aurait eu les plus heureux résultats. D'autres médecins ont donné l'*ammoniaque liquide* à la dose de six à sept gouttes dans un verre de liquide sucré, deux ou trois fois par jour, et quelques autres médicaments ammoniacaux qu'il serait trop long d'énumérer.

C'est comme sudorifiques que les préparations ammoniacales ont été principalement administrées; mais l'ammoniaque entre aussi dans la médication alcaline, et ce que je dirai plus loin de cette médication s'appliquera en partie à son emploi. Si

(1) *Manuel de méd. prat.*, trad. par A.-J.-L. Jourdan, article DIABÈTE.
(2) *Dublin hospital Reports*, t. III.
(3) *London med. Reposit.*, novembre 1823.

maintenant nous examinons d'une manière générale le traitement par les diaphoréques, nous voyons que le grand nombre de faits cités en sa faveur, quoique n'étant as hors de toute contestation, prouve du moins que le rétablissement de la transpiation cutanée est une des principales indications, et que si l'on n'en a pas obtenu es effets plus grands, c'est que, dans le traitement de la glycosurie, il faut une ombinaison de moyens internes et externes qui, séparés, seraient insuffisants.

Alcalins. — Les rapports acides, l'acidité extrême des liquides contenus dans estomac, et de la salive, ont dû engager nécessairement à mettre en usage les alcans. Aussi voyons-nous Willis, Fothergill, Fuller, etc., prescrire ces médicaments, t les recommander vivement.

L'*eau de chaux* était employée par Willis et Fothergill. On la prescrit à la dose e 20 à 30 grammes, deux ou trois fois par jour, pure ou dans du lait. Fuller avait dopté la formule suivante :

℞ Racine de salsepareille...	180 gram.	Eau de fontaine..........	6000 gram.
Raisins de Corinthe coupés.	2»0 gram.		

Faites bouillir jusqu'à réduction de moitié. A la colature, éteignez dans cette décoction :

Chaux vive.................................. 500 gram.

Dose : 90 grammes, trois fois par jour.

On verra plus loin qu'on a prescrit l'eau de chaux à des doses bien plus considérables.

Traller (1) a conseillé la *magnésie calcinée* à la dose de 6 *grammes*, et il affirme voir obtenu deux guérisons complètes qui n'ont exigé qu'un traitement de huit à uinze jours. Devons-nous regarder le fait comme parfaitement démontré ? Non ans doute, parce que cet auteur ne fournit pas des détails suffisants; mais nous errons plus loin que la chose n'est pas impossible, car les alcalins peuvent agir n très peu de temps. Hufeland a recommandé le même médicament.

Ce dernier auteur s'exprime ainsi qu'il suit au sujet d'autres substances alcanes (2) : « J'ai guéri, dit-il, le diabète, suite d'obstruction du foie, par l'usage des *aux alcalines de Carlsbad*, de la *soude*, avec des extraits amers. » Lorsque j'exoserai le traitement conseillé par M. Mialhe, et que j'indiquerai les faits qui en rouvent l'efficacité, on verra quelle place importante tiennent les alcalins dans le raitement de la glycosurie; c'est ce qui m'empêche de m'étendre davantage ici ur ce point, et de parler de l'*eau de Vichy* et du *bicarbonate de soude*.

M. Bouchardat (3) s'exprime ainsi au sujet des alcalins : « J'ai vu très souvent mployer les bicarbonates alcalins; mais aucun succès constaté n'est venu me déiontrer l'efficacité de cette classe d'agents. » Il est probable que, dans les essais entés sous les yeux de cet habile observateur, on n'a agi ni avec assez de hardiesse, i avec assez de persévérance, et, dans tous les cas, il serait indispensable, pour pprécier les faits à leur juste valeur, d'avoir des détails qui nous manquent entièement. Cette objection n'est par conséquent pas de nature à infirmer les faits positifs que je signalerai tout à l'heure.

(1) *The New-England Journal*, etc., 1824.
(2) Hufeland, *Manuel de méd. prat.*, article DIABÈTE.
(3) *Annuaire de thérapeutique*, 1841, p. 240.

Régime. — L'influence capitale accordée jusqu'à ces derniers temps à l'alimentation comme cause productrice de la maladie a dû nécessairement faire du régime un des points les plus importants du traitement de la glycosurie. Je me contenterai d'indiquer le régime conseillé par Celse, qui se borne à prescrire des *boissons et des aliments astringents*, et rentre par conséquent dans une des médications précédentes. Je n'insisterai pas davantage sur ceux que recommande Arétée, qui veut qu'on se soumette à la diète lactée et *féculente*, et Aétius, qui conseille le *régime végétal*, parce que ces moyens ont été abandonnés après avoir été bien souvent mis inutilement en usage.

Régime azoté. — Sydenham avait signalé les avantages qu'on pouvait retirer d'un régime presque entièrement animal ; mais Rollo insiste bien plus encore sur ce moyen, et entre là-dessus, ainsi que sur les autres parties du traitement, dans des détails que je crois devoir consigner ici, en les empruntant à M. Bouchardat (1).

TRAITEMENT DE ROLLO.

« *A déjeuner*, un litre et demi de lait et un demi-litre d'eau de chaux, mêlés ensemble ; du pain et du beurre.

» *A dîner*, des boudins composés de sang et de graisse ; l'usage modéré des *viandes faisandées*, et des graisses *aussi rances que l'estomac pourra les supporter*, telles que celles de porc, etc.

» *A souper*, les mêmes substances qu'à déjeuner. Pour boisson journalière, *dix milligrammes de sulfure d'ammoniaque dans un décilitre d'eau.* On fera au malade des *frictions* tous les matins *avec du lard*, et on lui appliquera une flanelle sur la peau. On ne lui permettra que de *très légers exercices.* On lui fera prendre, à l'heure du sommeil, vingt gouttes de *vin antimonial tartarisé* et *vingt-cinq gouttes de teinture d'opium ; on augmentera graduellement ces doses.*

» On appliquera sur chaque région rénale *un vésicatoire*, et on l'entretiendra avec soin. On conservera la liberté du ventre avec *une pilule composée de parties égales d'aloès et de savon.*

» Dès le second jour de ce traitement, dit Rollo, l'urine se rapproche de l'urine naturelle. »

Dans ce traitement de Rollo, dont le régime est la base, nous trouvons à peu près tous les genres de médicaments qui ont été conseillés, sauf les alcalins à dose élevée, qui, d'après les expériences récentes, sont, de tous les moyens dirigés contre la glycosurie, les plus efficaces et les plus indispensables. Aussi les modifications de l'urine observées par Rollo et les cas d'amélioration plus ou moins grande qu'il a recueillis ne doivent-ils pas nous convaincre de l'efficacité de cette médication, qui ne pourrait être admise exclusivement qu'autant qu'on aurait rapporté des faits bien concluants.

Nicolas et Gueudeville, et plus tard Dupuytren et Thenard, adoptant pleinement les idées de Rollo sur l'influence du régime, ont demandé presque uniquement leurs moyens de guérison à l'alimentation, et c'est en supprimant les végétaux et en donnant presque exclusivement du lard, des boudins, du bouillon gras,

(1) *Loc. cit.*, p. 231.

qu'ils ont traité leur malades. Ce qui a dirigé les médecins dans cette thérapeutique, c'est la conviction où ils étaient que l'urée manquait chez les glycosuriques, et que de cette absence de l'urée dépendaient tous les phénomènes morbides. Or, aujourd'hui nous savons que cette opinion était fondée sur des expériences incomplètes, et de plus des renseignements exacts nous ont appris que les guérisons qu'ils croyaient avoir obtenus n'étaient que de simples améliorations, qui n'ont pas empêché la maladie d'avoir une terminaison fatale.

M. Bouchardat, ayant constaté que le diabète était la conséquence de la transformation de la fécule contenue dans les aliments en matière sucrée, dut nécessairement chercher dans le régime le principal agent thérapeutique contre cette maladie; mais comme, d'un autre côté, l'acidité des voies digestives résultant de la suppression de la transpiration lui paraissait une condition essentielle de la saccharification, il a également insisté sur la nécessité de mettre en usage les sudorifiques, déjà tant vantés. Pour remplir la première indication, il a fait confectionner un *pain de gluten* qui ne contient qu'une très petite quantité de fécule due à l'addition d'un cinquième de farine, toujours nécessaire. Voici maintenant son traitement complet :

TRAITEMENT DE M. BOUCHARDAT.

1° Pour *régime*, remplacer le pain ordinaire par le *pain de gluten;* s'abstenir de végétaux féculents (pommes de terre, haricots, etc.); pour tout le reste, régime ordinaire.

2° Porter un *habillement complet de bonne flanelle;* éviter soigneusement le froid, qui pourrait arrêter la transpiration.

3° Prendre chaque jour la potion suivante :

Carbonate d'ammoniaque....	1 gram.	Sirop de sucre...........	20 gram.
Rhum..................	10 gram.	Eau....................	100 gram.

Mêlez. A prendre par cuillerées.

On peut augmenter graduellement la dose du *carbonate d'ammoniaque*, et la porter jusqu'à 2, 4 et même 6 grammes par jour.

4° Le soir, prendre le bol suivant :

℞ Thériaque..............	2 gram.	Extrait d'opium.........	0,025 gram.

C'est à l'aide de ces moyens fort simples que M. Bouchardat a soigné quatre malades dont il rapporte l'histoire (1). Dans deux de ces cas, les urines sont revenues à leur état normal en très peu de temps, et, quoique chacun des deux sujets ait eu une rechute, la maladie n'a guère duré plus de deux mois dans le cas où elle s'est prolongée le plus longtemps. Toutefois je ne donne cette durée que comme probable, parce que celle de la rechute n'est pas précisée. Dans les deux autres cas, il n'y eut qu'amélioration passagère, et l'urine ne cessa pas de contenir du sucre.

Ce qui frappe dans le traitement des deux cas qui ont cessé de présenter des

(1) *Annuaire de thérapeutique*, 1842, article *Glucosurie*.

urines sucrées, c'est la coïncidence de l'amélioration avec l'élévation de la dose du carbonate d'ammoniaque, qui n'a été donné que comme sudorifique, mais qui a dû nécessairement agir en alcalinisant les humeurs. A cela on objectera peut-être que, chez les deux sujets qui n'ont pas cessé d'avoir les urines sucrées, le carbonate d'ammoniaque a été donné, et même à dose plus élevée ; mais ces deux sujets étaient, ainsi que le fait remarquer M. Bouchardat, fort indociles ; ils ne prenaient peut-être pas les médicaments qu'on leur donnait, pas plus qu'ils ne se soumettaient au régime prescrit. Ces deux malades ne pouvaient donc pas servir à une bonne expérimentation.

Mais, en supposant même que les principaux moyens employés n'ont eu d'autres résultats que de rétablir la transpiration cutanée, on ne trouvera là rien de contraire à la théorie que nous avons adoptée, puisque ce rétablissement de la transpiration a dû nécessairement rendre le sang plus alcalin, ce qui est indispensable pour la guérison ; et si l'on trouvait un moyen qui rendît cette alcalinisation plus prompte et plus sûre, il faudrait se garder de le rejeter, par la raison qu'un certain nombre de sujets ont guéri sans qu'on en fît usage. Or, c'est là ce que nous allons trouver tout à l'heure dans le traitement proposé par M. Mialhe.

Quant au pain de gluten, on ne doit pas attacher une importance majeure à son administration ; car il est évident que ce n'est pas la saccharification de la fécule qui constitue la maladie elle-même, mais bien la tendance qu'a le sucre à passer dans les urines sans être altéré, et qui existe, quoiqu'on n'introduise pas de matières féculentes dans l'économie. Toutefois, comme dans ces circonstances le sucre peut être considéré comme un véritable corps étranger, puisqu'il n'est pas assimilé, il pourrait y avoir un grand avantage à mettre en usage le pain de gluten, qui ne contient qu'une très petite portion de fécule, si ce pain, extrêmement compacte, ne dégoûtait promptement les malades. Or c'est malheureusement ce qui arrive, ainsi que l'a constaté Martin-Solon ; et comme, d'un autre côté, l'usage des alcalins et des sudorifiques, administrés de la manière que nous allons indiquer, a des effets puissants, quoiqu'on ne supprime pas complétement les aliments féculents, il sera toujours mieux d'en permettre aux malades une quantité suffisante, pour que leur régime ne se trouve pas complétement changé.

M. Palmer (de Birmingham) a fait fabriquer des pains non féculents moins désagréables que le pain de gluten de M. Bouchardat, et qui peuvent être très utiles dans l'alimentation des diabétiques. J'emprunte la description de ce pain au compte rendu du *Bulletin général de thérapeutique* (1) :

« Il y a quelque temps, M. Palmer (de Birmingham) avait fait fabriquer des pains que contenaient une très grande quantité de son, substance alimentaire, ainsi que l'ont prouvé les recherches récentes de M. Millon. Ce pain avait l'inconvénient d'être difficile à avaler. M. Palmer a eu l'heureuse idée de remplacer le son par le résidu que fournissent les pommes de terre râpées après qu'on a séparé toute la fécule. Voici comment on prépare ces pains : On prend seize livres de la matière ligneuse des pommes de terre, parfaitement débarrassée de la fécule ; trois quarts de livre de graisse de mouton ; demi-livre de beurre frais ; douze œufs ; demi-once de carbonate de soude, et deux onces d'acide hydrochlorique étendu d'eau. (Le

(1) *The Lancet*, et *Bulletin général de thérapeutique*, 15 mai 1849, t. XXXVI, p. 426.

carbonate de soude et l'acide hydrochlorique ont pour but de donner à ce pain de la légèreté et du poreux). On fait de cette masse huit gâteaux que l'on soumet à un feu vif, dans un four, jusqu'à ce qu'ils aient pris une belle couleur brune. Ces gâteaux ont un goût un peu meilleur lorsqu'on les fait légèrement rôtir. M. Palmer avait d'abord ajouté un peu de gomme arabique; mais elle rendait le pain si tenace, qu'on a été obligé d'y renoncer. Depuis quelque temps, il additionne son mélange d'un peu de son en poudre.

» Ce pain, d'une nature particulière, a été essayé par plusieurs médecins de Birmingham, MM. Percy, Johnstone..., etc., qui lui ont reconnu des avantages, et qui ne se sont pas aperçus que son emploi ait eu l'inconvénient d'augmenter la proportion de matière sucrée dans les urines. »

Il est presque inutile de dire que les deux indications capitales du traitement proposé par M. Mialhe sont : 1° d'introduire dans la masse des humeurs une quantité de matière alcaline suffisante pour la transformation du sucre de fécule en matière désoxygénante, et 2° de faire sortir, en rétablissant la sécrétion cutanée, les acides qui diminuent l'alcalinité du sang. Pour arriver à ce but, voici les moyens qu'il propose :

TRAITEMENT DE M. MIALHE.

1° Les féculents ne doivent pas être entièrement proscrits du régime; néanmoins, pour les raisons données plus haut, il sera bon d'*en réduire la quantité de moitié ou au moins du tiers*, ce qui ne sera pas une très grande privation pour le malade. Ainsi, il ne faudra défendre ni le pain, ni les légumes secs, ni les pommes de terre, etc., dont l'abus seul aurait des inconvénients. Du reste, le régime sera varié comme à l'ordinaire.

2° On commencera par prescrire au malade 6 *grammes de bicarbonate de soude*, à prendre en trois fois, le matin, vers le milieu de la journée et le soir, dans un verre d'eau, dans un verre de tisane, ou dans une tasse de bouillon. Au bout de deux ou trois jours, *on augmentera chaque dose d'un gramme*, et lorsqu'on sera parvenu à faire prendre de 12 à 18 grammes de bicarbonate de soude chaque jour, on continuera cette dose. *L'eau de Vichy* sera en même temps administrée aux repas, mêlée avec du vin.

On peut encore prescrire le *lait de magnésie* suivant la formule donnée par M. Mialhe (1) :

℞ Magnésie calcinée officinale. 100 gram.	Eau de fleur d'oranger...... 100 gram.
Eau pure............... 800 gram.	

Broyez la magnésie avec l'eau, et portez ensuite le mélange à l'ébullition, en agitant sans cesse avec une spatule d'argent. Passez et ajoutez l'eau aromatique. Dose : une cuillerée à bouche tous les matins.

Enfin, on peut employer l'*eau de chaux* à la dose de 2 à 3 litres par jour.

Quoique ces divers alcalins puissent suffire, car ce qu'il importe c'est de faire parvenir une quantité suffisante d'alcali dans le sang, c'est le bicarbonate de soude et l'usage de l'eau de Vichy aux repas qui ont été jusqu'ici employés avec le plus d'avantage (2).

(1) *Art de formuler*, p. 122.
(2) *Du mode d'action des eaux thermales de Vichy*, par Ch. Petit. Paris, 1850, p. 449.

Il faudrait prendre garde de donner le lait de magnésie à une dose plus élevée que celle qui a été indiquée plus haut, parce que les acides abondants qui se trouvent dans le tube digestif des diabétiques changeant la magnésie en sel, il en résulte très facilement chez ces sujets une purgation assez considérable pour les affaiblir.

3° Pour ramener la transpiration, on mettra en usage les *bains de vapeur* donnés deux et même trois fois la semaine. Si l'on en juge par quelques faits observés avec soin, et dont je dirai un mot tout à l'heure, il ne faut qu'un petit nombre de bains de vapeur pour arriver au but qu'on se propose; cinq ou six peuvent suffire : ce qui tient sans aucun doute à ce que l'action du médicament interne ne tarde pas à se faire sentir.

Le malade devra *se couvrir le corps de flanelle*, ainsi que le recommandent la plupart des auteurs. Enfin, il devra tous les jours faire un *assez grand exercice*, contrairement à la manière de voir de Rollo.

Quant à l'emploi des divers *sudorifiques*, celui de l'opium, des antispasmodiques, etc., on ne peut pas dire qu'ils soient contraires, et l'on peut même admettre que dans certains cas ils remplissent utilement quelques indications particulières; mais en général ces médicaments sont inutiles.

Tel est le traitement que la théorie a indiqué à M. Mialhe. Si, maintenant nous recherchons quels ont été les résultats pratiques, nous trouvons d'abord un fait très intéressant recueilli par MM. Mialhe et Contour, et communiqué à l'Académie de médecine (1). Il s'agit, dans ce cas, d'un sujet qui, depuis dix-huit mois, avait commencé à présenter du sucre dans ses urines, et qui se trouvait, lorsqu'il fut vu par les deux auteurs que je viens de citer, dans l'état suivant : Prostration et amaigrissement extrêmes, faiblesse très grande; appétit toujours bon, digestion facile; soif des plus vives, bouche sèche, salive acide : le malade peut à peine dire quelques paroles sans être forcé de boire; il ingère cinq ou six litres d'eau par jour. Quantité de l'urine en rapport avec celle des boissons; ce liquide est très acide, presque entièrement décoloré, marque 1035 au densimètre, et contient un peu plus de 45 grammes de sucre par litre. Grande constipation; force virile anéantie depuis plus d'un an; vue affaiblie au point de nécessiter l'usage des conserves. Le chlorure de sodium ayant été employé sans résultat, MM. Mialhe et Contour commencèrent l'usage du traitement qui vient d'être indiqué; et au bout d'un mois et demi environ les urines ont cessé de contenir du sucre, la soif a disparu, la salive a repris ses caractères normaux, la sécrétion cutanée s'est rétablie; la défécation se fait facilement, les facultés viriles et la vue ont repris leur intégrité.

Tel était l'état des choses lorsque MM. Mialhe et Contour ont présenté cette observation à l'Académie de médecine. Je puis y ajouter d'une manière succincte le détail de ce qui s'est passé depuis, et cette partie ne sera pas, à beaucoup près, la moins intéressante. Pendant environ dix mois, le sujet de cette observation a continué à se porter aussi bien qu'avant sa maladie, se bornant à prendre quelques grammes de bicarbonate de soude dans la journée, et à suivre un régime réglé. Au bout de ce temps, sa santé lui paraissant complétement affermie, il crut pouvoir

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, juillet 1844, t. IX, p. 977.

ffranchir de toute espèce de contrainte, et supprimer le médicament; mais douze urs s'étaient à peine écoulés, que le sucre reparut dans les urines, et que la soif commença à se faire sentir. Il revint chez M. Mialhe, qui lui conseilla seulement reprendre son bicarbonate de soude, et au bout de quatre ou cinq jours, la ıté était complétement rétablie. Depuis, il se borne à prendre quelques doses du dicament alcalin, ne s'astreignant pas tous les jours à ce traitement, et cepenıt on n'observe pas le moindre signe de glycosurie, et l'urine ne contient pas un me de sucre.

Ce fait est remarquable d'abord par la disparition si complète du sucre des urines 'on a pu constater pendant un temps fort long, et en second lieu par la facilité c laquelle quelques doses d'un médicament alcalin ont triomphé de tous les symmes de la récidive. Toutefois la promptitude avec laquelle cette récidive s'est roduite dès que le malade a cru pouvoir s'affranchir de tout traitement doit être gneusement remarquée; elle prouve, en effet, que la tendance de l'organisme à ıtracter cette maladie sous l'influence des causes qui ont agi primitivement était tée fort grande, et même il est permis d'admettre que, pendant tout le temps de guérison apparente, le *sang* était tout simplement alcalinisé d'une manière artielle par l'introduction persévérante des médicaments, et que le sujet était resté tuellement diabétique. On ne sera sûr du contraire qu'autant qu'à une époque il est impossible de prévoir, le sujet de l'observation pourra reprendre toutes habitudes sans voir reparaître les symptômes de la glycosurie. Néanmoins on t regarder comme un très beau succès, de pouvoir, à l'aide de petites doses d'un nède qui n'est pas essentiellement désagréable et d'un traitement qui n'est pas ujettissant, maintenir les malades dans un état on ne peut plus satisfaisant, et que l'examen le plus minutieux ne peut faire reconnaître chez eux aucun signe maladie déclarée.

Le fait que je viens de rapporter succinctement et d'examiner n'est pas le seul ce genre que je pourrais citer. M. Mialhe en a vu plusieurs autres; je me conterai de citer le suivant, qui est bien remarquable par les effets extrêmement ides du traitement alcalin. Le malade, qui était devenu diabétique à la suite d'un ıs de boissons acidules pendant les grandes chaleurs de 1847, fut mis à l'usage moyens suivants: 20 grammes de bicarbonate de soude, 5 grammes de magnécalcinée, deux bouteilles et demie d'eau de Vichy dans les vingt-quatre heures. s urines, qui contenaient 80 grammes de sucre par litre et qui avaient une den- de 1040, ne présentèrent plus, *dès le lendemain*, la moindre trace de sucre, n'eurent plus qu'une densité de 1026. Le traitement fut continué, et le diabète complétement guéri (1).

M. le docteur Villeneuve (2) a cité, de son côté, un cas dans lequel le traitent par les alcalins et les bains de vapeur a eu les meilleurs effets. Deux femmes bétiques ont été, il est vrai, traitées sans succès, dans le service de M. Andral (3), le traitement alcalin; mais il faut remarquer que ce médecin s'est contenté de scrire 8 grammes de bicarbonate de soude par jour, ce qui est insuffisant.

(1) *Compt. rend. des séances de l'Académie de médecine*, 25 juillet 1848, et *Bulletin génédе thérapeutique*, 15 mars 1849.

(2) *Journal de méd., chir., pharm., méd. vétérin. de la Côte-d'Or*, n° 6, 1848.

(3) Voy. *Journ. des connaissances méd.-chir.*, mars 1846, p. 94.

Il serait inutile de donner un résumé détaillé de ce traitement, que, par ces dernières considérations, j'ai réduit à des moyens très simples. Quant aux ordonnances, les principaux traitements que j'ai exposés en détail, et surtout celui de M. Mialhe, doivent en tenir lieu.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; antispasmodiques, narcotiques; astringents, toniques, ferrugineux; vomitifs, purgatifs; acides. *Moyens divers :* Créosote, térébenthine, fiel de bœuf, mercuriaux, café, soufre; bains froids; urée. *Moyens externes:* Frictions aromatiques; teinture de cantharides, pommade d'Autenrieth; vésicatoires, moxas; frictions graisseuses; sudorifiques, ammoniacaux, alcalins; régime azoté.

3° HIPPURIE.

Dans l'article consacré au genre *diabète*, j'ai annoncé qu'après avoir parlé de la *polyurie* et de la *glycosurie*, je dirais quelques mots d'une affection nouvelle décrite par M. Bouchardat (1), et à laquelle cet observateur a donné le nom d'*hippurie*. Un court résumé de l'article de M. Bouchardat suffira pour faire connaître cette affection, dont nous ne possédons encore qu'un seul exemple.

La maladie dont il s'agit est principalement caractérisée par la présence de l'acide hippurique dans les urines : de là son nom.

M. Bouchardat pense que dans le cas qu'il a observé la principale *cause* de la maladie doit être cherchée dans le régime suivi pendant plusieurs années, et qui consistait en une alimentation variée en général, mais présentant cela de remarquable, que le sujet de l'observation (une femme) a pris, mêlé à du café ou pur, du *lait tous les jours* en assez grande quantité (40 centilitres le matin et 75 centilitres le soir). Considérant que l'acide hippurique se trouve normalement chez les très jeunes enfants nourris exclusivement de lait, l'auteur signale avec soin ce rapport frappant. Toutefois il remarque que le régime ayant été complétement changé, l'acide hippurique n'a pas moins continué à se montrer dans les urines, ce qu'il attribue à une loi qu'il nomme *loi de continuité d'action*. J'indique seulement cette explication.

Les symptômes éprouvés furent les suivants. D'abord *sentiment de lassitude* et de nonchalance insolite; *suppression de sueurs* habituelles précédemment très abondantes, *suppression de démangeaisons* à la peau, qui depuis neuf ans avaient constamment incommodé la malade. Plus tard la *peau* devint aride, écailleuse; quelques *douleurs* se firent sentir dans la région du foie ; une *coloration jaune* du corps coïncida avec des *matières fécales noires* On remarqua également la disparition d'une *pituite habituelle ;* il survint de la *sécheresse à la bouche*, surtout pendant la nuit, avec *saveur désagréable*, la *salive* étant *toujours alcaline*. L'*appétit* diminua progressivement, les *digestions* étaient quelquefois *pénibles*. La *soif* devint *ardente*, sans être comparable à celle des glycosuriques.

A l'époque où la malade fut examinée par M. Bouchardat, les *urines* étaient

(1) *Annuaire de thérapeutique*, 1842, p. 285 et suiv.

ans l'état suivant : *peu colorées*, limpides; leur *saveur* était légèrement salée et ur *odeur* caractéristique; on eût pris ce liquide pour du petit-lait ou pour du ouillon léger aigri. La *densité* varia, dans cinq expériences, entre 1,008 et 1,0061; ns deux autres elle monta à 1,0077. Elles rougissaient très faiblement le papier : tournesol. L'*analyse chimique* y fit reconnaître une diminution notable des incipes fixes de l'urine, de l'*acide hippurique* dans la proportion de 2,23 sur 100 et de l'*albumine* dans la proportion de 1,47.

Plus tard encore, l'état des urines restant le même, la malade s'affaiblit et dérit graduellement, ne présentant de nouveaux symptômes que de la suffocation r moments, et un œdème toujours croissant; elle finit par succomber dans le masme.

Ce n'est pas avec un fait qu'on peut tracer l'histoire d'une maladie; quant à lle-ci donc, il suffit de l'avoir signalée d'une manière précise; aussi me contenrai-je, pour terminer, de dire un mot du diagnostic et du traitement prescrit par . Bouchardat.

L'alcalinité de la salive, la densité de l'urine qui est moindre qu'à l'état normal, raient penser qu'il ne s'agit pas d'une glycosurie, et la présence de l'acide hippuque dans ce liquide, ainsi que l'absence du sucre, éclairera le diagnostic.

Quant au *traitement*, M. Bouchardat se borne à dire qu'il conseilla une *alimention azotée corroborante*, et qu'il chercha à *rétablir les sueurs* et les *démanaisons habituelles*. Cette médication n'eut, je le répète, aucun résultat avangeux.

ARTICLE XVIII.

MALADIE D'ADDISON.

§ I. — Historique et bibliographie.

[Le docteur Addison, médecin de *Guy's hospital*, à Londres, a publié en 1855 une onographie (1) sur les effets locaux et généraux de l'altération des capsules surnales. Cette maladie, ayant pour signe caractéristique une coloration brune de la talité ou de certaines parties de la peau, fut plus particulièrement désignée par le octeur Addison sous le nom de *peau bronzée* (*bronzed skin*). Aujourd'hui, grâce à nitiative généreuse de M. Trousseau, cette maladie porte le nom de *maladie d'Adson*. Nous avons pensé que, bien que cette maladie découverte récemment n'ait s encore reçu de l'expérience une consécration absolue, nous ne pouvions la sser sous silence, et qu'elle méritait d'être dès à présent classée dans le cadre sologique, au même titre que la leucocythémie.

1° *Partie physiologique.* — *Fonctions des capsules surrénales.* — Ces organes t été considérés pendant longtemps, à cause de leur situation, comme des annexes s reins; mais si les capsules sont voisines des reins, elles n'ont pas de connexité cessaire avec ces organes, et dans les déplacements congénitaux des reins, les psules ne les accompagnent pas dans leur migration, mais conservent leur place rmale. On a renoncé déjà depuis longtemps à l'idée que les capsules surrénales

(1) *On the constitutional and local effect of disease of the suprarenal capsules.* In-4°, ndres, 1855.

faisaient partie du système uropoétique. Heim (de Berlin), en 1824, et Haumann, en 1836, ont pensé que le sang veineux y était revivifié à sa sortie des reins, supposition qui a été réfutée par M. Rayer et M. Huschke.

Hewson le premier, puis après lui, MM. Meckel, Cooper, Klein, Rayer, avaient remarqué que chez les monstres acéphales on trouvait les capsules surrénales atrophiées, observations qui paraissent avoir conduit M. Bergmann (d'Hildesheim) à conclure dans sa thèse inaugurale, en 1859, que les capsules n'étaient pas autre chose que des ganglions nerveux. L'anatomie démontre, du reste, dans ces organes, la présence des éléments nerveux en très grande quantité. Cassan et Meckel avaient observé, d'autre part, que chez les nègres les capsules surrénales avaient un volume plus considérable que chez les hommes à peau blanche. Quelques cas d'altérations diverses des capsules surrénales avaient été observés, soit en France, soit à l'étranger, par MM. Rayer, Andral, Louis, et M. Rayer avait publié en 1837 (1) un mémoire dans lequel on trouve décrite l'apoplexie observée dans ces organes sur des personnes âgées et sur des fœtus. En 1851, M. Brown-Séquard avait signalé à la Société de biologie une altération survenant dans les capsules surrénales après la section d'une moitié latérale de la moelle. Un certain nombre d'anatomistes, parmi lesquels on doit citer MM. Kölliker, Frey, Ecker, Gray, Virchow, Leydig, ont décrit minutieusement la structure de ces organes.

Lorsque le livre du docteur Addison parut, la physiologie des capsules surrénales était très imparfaitement connue, et, malgré les efforts tentés dans ces derniers temps pour élucider ce point obscur, on peut dire que cette question est à l'étude et ne saurait avoir une solution immédiate. Aucun auteur n'a poussé plus loin les recherches sur la physiologie des capsules surrénales que M. Brown-Séquard. La découverte du docteur Addison était à peine connue, que M. Brown-Séquard, en 1856, entreprenait à cette occasion des recherches qui sont consignées dans une série de mémoires présentés à l'Académie des sciences de Paris. Ces recherches portaient sur les résultats de l'ablation des capsules surrénales chez différents animaux. Peu de temps après, le même auteur publiait un mémoire sur la physiologie des capsules surrénales (2). On trouve énoncés, dans ce remarquable travail, les faits suivants de l'ordre anatomique : existence, dans les capsules, de quelques fibres de Remak, de fibres à double contour en petit nombre et de nombreuses fibres sympathiques de Bidder et Volkmann; et les faits physiologiques suivants étudiés spécialement par l'auteur : sensibilité très vive des capsules; accroissement, après la naissance, de ces organes qui ne sont pas transitoires comme le thymus; nécessité de la mort chez tous les animaux domestiques (les seuls sur lesquels on ait fait l'expérience) après l'ablation des capsules. L'auteur a noté le temps que chaque animal survit après l'ablation des capsules : il a obtenu dix-sept heures et demie comme moyenne générale; chez quelques animaux il a vu survenir des convulsions épileptiformes, et une tendance à la rotation sur l'axe. Sur les animaux dépouillés des capsules, il a trouvé plus de pigment qu'on n'en rencontre ordinairement; il a trouvé également qu'une maladie commune chez les lapins, et qui amène rapidement la mort, semblait liée à une production exagérée du pigment et à une inflam-

(1) *Recherches anatomo-pathologiques sur les capsules surrénales* (Journal *l'Expérience*).
(2) *Archives générales de médecine*, oct. et nov. 1856.

mation des capsules surrénales, et essayé de montrer qu'une grande analogie existait entre les symptômes de cette maladie, ceux de la maladie d'Addison, et ceux que l'on observe après l'ablation des deux capsules. Enfin, des faits observés par M. Addison et de ses propres expériences, M. Brown-Séquard tirait cette conclusion, qu'en l'absence des fonctions des capsules, il se faisait une accumulation de pigment dans le sang chez les animaux et dans la peau chez l'homme, et que l'une des fonctions des capsules paraissait être de modifier une substance douée de la propriété de se transformer en pigment, modification d'après laquelle cette substance perdrait cette propriété.

Quelques-uns de ces résultats furent contestés par MM. Gratiolet et Philipeaux, qui pensaient que la mort était due, dans le cas d'ablation de ces organes, non pas à l'absence d'une fonction nécessaire à la vie, mais au traumatisme de l'opération. En outre, M. Philipeaux a déclaré que la mort, après cette ablation, pouvait ne pas survenir chez les rats albinos, fait qui a été contesté par M. Brown-Séquard, lequel a publié (1) un nouveau mémoire dont voici les conclusions :

1° Les fonctions des capsules surrénales semblent être essentielles à la vie chez les animaux non albinos.

2° La suppression immédiate et complète de ces fonctions amène la mort très-rapidement.

3° La suppression graduelle de ces fonctions amène la mort au plus tard après un petit nombre de mois, et chez certaines espèces animales, en quelques jours.

4° L'ablation simultanée des deux capsules surrénales amène la mort, en général, notablement plus vite que l'ablation des deux reins.

5° Si certains animaux albinos semblent capables de survivre définitivement à l'ablation des capsules surrénales, ce fait vient à l'appui de l'opinion (émise par l'auteur) que l'une des causes principales de mort chez les animaux non albinos, après la perte de ces petites glandes, consiste dans une accumulation de pigment.

Le travail le plus récent qui ait été publié à l'étranger sur l'anatomie et la physiologie des capsules surrénales est de M. G. Harley, professeur de physiologie expérimentale et d'histologie au collége de l'Université de Londres (2), qui contient une description exacte et minutieuse de leur structure.

2° *Partie pathologique.* — Lorsque le livre du docteur Addison eut été publié en Angleterre, en 1855, les médecins anglais recherchèrent avec zèle les faits de ce genre. Le docteur Jonathan Hutchinson fit appel à tous ses confrères dans le *Medical Times*, et parvint, dans l'année 1856, à réunir un grand nombre d'observations de la maladie. Addison en avait consigné onze cas, depuis lors dix-neuf autres cas ont été recueillis en Angleterre ; ce qui porte le chiffre total à trente. Les médecins qui se sont le plus occupés de ces recherches sont les docteurs Hutchinson, Farre, Ranking, Vincent, Gibbon, Monro. En France, dès 1856, au mois de mars, le docteur Lasègue publiait (3) un article critique intitulé : « *Les maladies des capsules surrénales ; symptômes et diagnostic, d'après Addison.* » Cet article est le premier qui ait paru en France sur cette question. M. Trousseau, au mois de sep-

(1) Premier numéro de son *Journal de physiologie*, 1858.

(2) *The histology of the suprarenal capsules*, dans la *Lancette anglaise*, numéros du 5 et du 12 juin 1858.

(3) *Archives générales de médecine.*

tembre de la même année (1856), communiquait à l'Académie de médecine (1) une observation de peau bronzée avec lésion des capsules surrénales qu'il avait recueillie dans son service de l'Hôtel-Dieu, et demandait que cette maladie s'appelât désormais maladie d'Addison. Au mois de septembre 1856 également, M. Ferréol, interne des hôpitaux de Paris, publiait une observation de la même maladie (2). Depuis a paru une observation de M. Malherbe (de Nantes), et un cas douteux de peau bronzée sans altération des capsules par M. Puech (de Toulon). Le dernier travail qui ait paru sur cette question est une analyse critique, par M. Dauner, dans les *Archives de médecine* de 1857 (3).

L'exposé qui précède montre que si la physiologie des capsules surrénales n'est pas connue encore, il n'en faut accuser que l'imperfection relative de nos connaissances générales et de nos moyens d'observation, et non le zèle des physiologistes. La maladie d'Addison est peut-être destinée, à mesure qu'elle sera mieux ou plus longuement étudiée, à éclairer cette question de physiologie.

§ II. — Symptômes de la maladie.

Il résulte des observations recueillies jusqu'à ce jour, que les symptômes les plus frappants sont les suivants : affaiblissement progressif, perte de l'appétit, vomissements; apparition sur la peau et certaines muqueuses de taches pigmentaires de couleur brune, ou même d'une teinte foncée répandue sur tout le tégument. Le petit nombre d'observations réunies jusqu'à ce jour, et l'incertitude qui règne nécessairement encore sur la véritable nature et la marche régulière de la maladie, nous font un devoir de procéder avec une extrême réserve dans la description que nous allons essayer d'en tracer.

Début, prodromes, causes prédisposantes. — Jusqu'à présent il n'a été donné à aucun médecin d'assister au début de la maladie et de la prévoir. Cette maladie est essentiellement chronique, comme toutes les cachexies. C'est même en cherchant à classer les cachexies que le docteur Addison est arrivé empiriquement à découvrir cette nouvelle espèce morbide. Il ne faut donc pas s'étonner si la plupart de ces malades n'ont attiré l'attention qu'alors que l'état cachectique datait déjà chez eux depuis assez longtemps. Le plus grand nombre étaient des gens atteints de cancer, soit à la mamelle, soit à l'estomac, ou d'affections tuberculeuses, de mal de Pott; d'autres étaient affaiblis par des excès, par l'alcoolisme : ainsi on peut dire que le début de la maladie appartient souvent à des causes variées de cachexie. On a jusqu'ici observé plus souvent cette maladie chez les hommes que chez les femmes. C'est surtout dans l'âge moyen qu'elle paraît sévir.

Apparition des symptômes propres à la maladie. — Cette apparition est quelquefois lente, mais elle a été parfois assez rapide. Le plus souvent ce sont des vomissements opiniâtres, avec un dégoût marqué pour les aliments et habituellement de la constipation. Un malaise général sans fièvre, un sentiment de faiblesse, de courbature, et le plus souvent une sorte d'anéantissement, accompagnent ces premiers accidents. L'anémie est quelquefois portée à son comble. Les conjonctives

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1856, t. XXI, p. 1036.
(2) *Gazette médicale*, septembre 1856.
(3) *Archives générales de médecine*.

ıâtres, les muqueuses décolorées, et tous les autres signes habituels de se montrent. On avait pensé d'abord que l'amaigrissement ne survenait ןue cette cachexie offrait ce caractère particulier d'altérer profondément ıie sans amener l'émaciation. Cette observation n'est pas toujours juste. Elle it l'être lorsqu'il s'agit d'un malade phthisique ou de toute autre personne d'une maladie organique, telle qu'un cancer de l'estomac, par exemple. :s, la marche plus ou moins rapide de l'affection influe nécessairement sur u moins de rapidité de l'émaciation. Certains malades éprouvent une céphatense, et nul doute que la névralgie ne puisse venir compliquer cet état e. Jusque-là on comprend que le caractère essentiel de la maladie échappe :cin, mais il ne saurait plus en être ainsi dès qu'apparaît le signe caracté- nécessaire, qui est la coloration bronzée. Parmi les auteurs, les uns ont pensé, à première vue, que les malades étaient des gens de sang mêlé, ou ens, tant était intense et diffuse cette coloration dont nous allons décrire le plus habituel. C'est ordinairement à la face, au cou, aux aisselles, aux mains, um, autour de l'ombilic, que se montre cette coloration. Elle est quelquefois couleur de terre (sépia); d'autres fois couleur de bronze, de vert-de-gris, plus noire et presque semblable à une tache d'encre. Lorsque cette coloradiffuse, généralisée, peu intense, on peut la méconnaître; il n'en est pas de ›rsqu'elle est disposée par plaques sur le front, autour des lèvres, aux mains, e sur la muqueuse des lèvres de petites taches noirâtres caractéristiques. e l'étude anatomique de ces taches ne soit pas encore complétement ache›endant on peut affirmer qu'elles sont dues non à du sang épanché, ni à des s cutanés, mais au pigment, élément normal, sécrété en trop grande abont déposé dans la peau. On a trouvé une fois des dépôts analogues dans le e. Ce signe a donc une valeur pathognomonique considérable, et l'on peut 'il constitue presque à lui seul la séméiologie de cette affection; en effet, on ›ncontre dans aucun autre cas.

§ III. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

nalades semblent, à partir du moment où la coloration bronzée apparaît, être une mort certaine. Si jusque-là la maladie a marché lentement, sans fièvre, té caractérisée que par un affaiblissement graduel et des troubles gastriques, est pas de même dans les derniers temps, et les malades tombent dans le ıe. Cependant la terminaison de la maladie n'a pas toujours lieu lentement, parfois brusque, inattendue, comme subite, et sans qu'on puisse comprendre ınisme de la mort. On a noté en plusieurs circonstances des troubles cérédes syncopes, et une fois une apoplexie. Si l'on rapproche ces cas de ceux ınimaux mis en expérience par les physiologistes sont morts subitement, on ıté de croire que la mort ne résulte pas seulement du progrès de la cachexie ı perte totale des forces, comme cela a lieu dans la fièvre hectique, ou de e complication, mais qu'il existe dans la maladie une cause de mort rapide ı pu être saisie jusqu'ici par les observateurs. La durée de la maladie a ıs le plus grand nombre des cas de plusieurs mois, souvent de cinq à six ıne fois elle a duré vingt-deux mois, une autre fois elle n'a duré que deux

§ IV. — Anatomie pathologique.

Dans tous les cas de peau bronzée observés jusqu'ici, les capsules surrénales ont été toujours trouvées malades, et dans quelques cas elles étaient seules malades, aucun autre organe ne présentant de lésion. Ces altérations des capsules surrénales sont très diverses, et c'est là, ainsi que le fait très judicieusement observer M. Danner, un fait digne d'intérêt, en ce qu'il tend à prouver que les états cachectiques, qu'on se représente en général comme ayant leur point de départ dans des altérations organiques de nature identique, mais de siége variable, peuvent encore succéder à des désordres variables quant à leur nature, mais surtout quant à leur siége. Le plus souvent les capsules sont augmentées de volume et contiennent des dépôts d'apparence tuberculeuse, soit que ces dépôts forment une masse compacte ayant une consistance de tubercule cru, soit qu'il y ait un grand nombre de petits noyaux disséminés. Plusieurs fois de véritables collections purulentes ont été trouvées dans les capsules ; d'autres fois on y a vu une sorte de ramollissement et de désorganisation de la substance centrale ou médullaire. On a noté également des dépôts d'apparence cancéreuse, et souvent l'existence de corps amorphes d'apparence fibrineuse, contenant une grande quantité d'éléments graisseux et des sels calcaires. Ainsi, ce n'est pas la nature, c'est le siége de la lésion qui est cause de la maladie bronzée.

§ V. — Diagnostic, pronostic, traitement.

On ne confondra pas la maladie d'Addison avec la *teinte bronzée* qui résulte de l'usage intérieur du *nitrate d'argent* (1).

Jusqu'à présent tous les malades chez lesquels la peau bronzée a été observée avec tous les caractères que nous avons décrits ont succombé. Néanmoins, comme les observations sont peu nombreuses, souvent incomplètes, et que le diagnostic a souvent été fait le scalpel en main, il est sage de ne pas affirmer que le pronostic de cette maladie soit nécessairement mortel. L'avenir élucidera cette question. Le traitement n'a point encore été formulé.]

(1) Voy. *Maladies de la peau*.

LIVRE TROISIÈME

Névroses.

s maladies désignées sous ce nom sont entièrement inconnues dans leur :e, et cependant il est difficile de se les représenter autrement que comme aladies générales ou de toute la constitution. On ne peut, en aucune façon, garder comme le résultat d'une viciation des humeurs, d'une altération quelle de la trame des tissus; mais il faut, en dernière analyse, les considérer le le résultat d'une perturbation de l'état statique et dynamique des fonctions uses, et c'est à ce titre qu'elles prennent naturellement place dans le cadre ogique, à côté des maladies générales.

; considérations nous ont déterminé à placer la grande classe des névroses à te des maladies constitutionnelles et comme introduction à l'étude des malaocales; les névroses seront donc la transition naturelle entre les premières et condes, et ce lien paraîtra d'autant plus simple, que le livre suivant sera conaux maladies des centres nerveux.

us ne présenterons aucune considération générale sur les névroses, puisque x lui-même n'a pas jugé à propos de le faire. Mais il est intéressant de s'arsur la classification de ces maladies, et nous reproduisons d'abord, comme x, la division du *Compendium*.

CLASSIFICATION DES NÉVROSES.

ious avons déjà établi, disent MM. Monneret et Fleury (1), la division des né; en *idiopathiques* et *symptomatiques*, et il nous a paru utile de la maintenir que jamais dans un article qui doit résumer les caractères des névroses. Nous rons donc, avec les différentes classes que nous venons d'établir, le tableau nt :

1° Névroses idiopathiques	de l'intelligence du mouvement du sentiment	dans les deux vies de relation et de nutrition.
2° Névroses symptomatiques	d'une altération simple du sang; d'une altération spécifique du sang.	
3° Névroses sympathiques d'une maladie viscérale. »		

plus loin nous trouvons les détails suivants :

1° *Névroses de l'intelligence.* — A. *Essentielles :* Manie, monomanie, dée, nostalgie, hypochondrie, somnambulisme, satyriasis, nymphomanie, inie.

B. *Symptomatiques d'une altération spécifique ou simple du sang :* Délire nin et alcoolique, névrose symptomatique de l'anémie.

C. *Sympathiques d'une maladie viscérale :* Manie, hypochondrie, hystérie.

(1) *Compendium de médecine pratique*, t. VI, p. 211.

» 2° *Névroses du mouvement dans les muscles de la vie de relation.* — A. *Idiopathiques :* Épilepsie, éclampsie, catalepsie, convulsions essentielles, tétanos, chorée, paralysie.

» B *Symptomatiques d'une altération spécifique ou simple du sang :* Épilepsie, contractions, crampes, convulsions, paralysie saturnine, tremblement mercuriel, convulsions produites par l'alcool et la strychnine, hydrophobie.

» C. *Sympathiques d'une maladie viscérale :* Certaines paralysies dues à une affection de l'estomac, de l'utérus; ces névroses sont rares.

» 3° *Névroses du mouvement dans les muscles de la vie de nutrition.* — A. *Essentielles :* Aphonie, spasme du larynx, coqueluche, asthme, angine de poitrine, palpitations, syncope, spasme œsophagien, vomissement nerveux, diarrhée.

» B. *Symptomatiques d'une altération simple du sang :* Palpitations, syncope de la chlorose, coliques nerveuses.

» C. *Symptomatiques d'une altération spécifique du sang :* Coliques, constipation, vomissements saturnins.

» D. *Sympathiques d'une lésion viscérale :* Elles sont très nombreuses et très fréquentes chez les femmes et chez les sujets nerveux.

» 4° *Névroses du sentiment dans la vie de relation.* — A. *Essentielles :* Toutes les névralgies.

» Nous ne comprenons pas les motifs qui ont fait distraire par quelques auteurs la névralgie du nombre des névroses; nous avons montré ailleurs qu'une névralgie n'est qu'une névrose douloureuse, c'est-à-dire une maladie nerveuse sans lésion appréciable. Nous ne reviendrons pas sur les preuves que nous avons apportées en faveur de cette manière de voir.

» *Névroses de la vue :* Berlue, diplopie, héméralopie, nyctalopie, amaurose.

» *Névroses de l'ouïe :* Tintouin, paracousie, dysécée, surdité.

» Une névrose plus générale, et qui nous paraît occuper la première place parmi les névroses du sentiment, est l'*hystérie.*

» B. *Symptomatiques :* Névralgie, céphalalgie, vertiges, migraines des chloro-anémiques, iritis, amaurose, paralysie, anesthésie de l'intoxication saturnine.

» C. *Sympathiques d'une maladie viscérale :* Toutes les névroses indiquées plus haut.

» 5° *Névroses du sentiment dans la vie de nutrition.* — A. *Idiopathiques :* Ici se placent en première ligne toutes les viscéralgies, la gastralgie, la névralgie du cœur, la névralgie vésicale, anale, l'hystéralgie, etc.

» B. *Symptomatiques d'une altération du sang :* Ce sont les mêmes que celles qu'on retrouve chez les chlorotiques et chez les hommes qui ont été soumis à des privations de toute espèce : coliques saturnines, coliques nerveuses.

» C. *Sympathiques d'une maladie viscérale :* Toutes les viscéralgies précédemment indiquées. »

Nous ne nions pas le mérite d'une semblable classification; mais, si elle est légitime au point de vue de la nosologie, elle ne l'est pas au point de vue de la pratique, et, en effet, elle ne sert ni au diagnostic ni à la thérapeutique. A notre sens, le diagnostic s'établit surtout par la considération des symptômes dominants, et dès lors il est bien plus utile de classer les névroses à l'aide de ce point de dépar que d'après toute autre considération.

Nous suivrons en conséquence l'ordre que voici :

1° *Névroses de l'intelligence, des facultés morales et affectives, et du sens de reproduction;*

2° *Névroses de la sensibilité;*

3° *Névroses du mouvement;*

4° *Névroses des fonctions organiques.*]

CHAPITRE PREMIER.

NÉVROSES DE L'INTELLIGENCE, DES FACULTÉS MORALES ET AFFECTIVES, ET DU SENS DE REPRODUCTION.

Dans ce chapitre nous étudierons : la *folie*, l'*idiotie*, l'*hypochondrie*, la *catalepsie*, la *nostalgie*, l'*anaphrodisie*, le *satyriasis*, le *priapisme* et la *nymphomanie*.

ARTICLE Ier.

FOLIE.

Avant d'aborder l'étude de la folie, je me suis demandé quelle était la manière la plus convenable de faire connaître au praticien tout ce qu'il lui est utile de savoir sur cette question intéressante de pathologie, et j'ai vu tout d'abord qu'il n'était pas nécessaire d'entrer dans de très grands détails. L'étude et le traitement de la folie forment la spécialité la plus distincte qu'il y ait en pathologie. Le praticien, à qui s'adresse particulièrement cet ouvrage, ne trouverait aucun avantage réel à ce qu'on traitât ce sujet comme on doit le faire dans les ouvrages spéciaux. Ce qui lui importe, c'est d'avoir présents à l'esprit les caractères principaux auxquels on peut reconnaître les différents genres de folie, et d'avoir une appréciation juste des médications dirigées contre eux, non pour traiter lui-même les malades, ce qu'il n'est pas appelé à faire, mais pour conseiller, suivant les cas, telle ou telle méthode de traitement et pour pouvoir se prononcer en connaissance de cause lorsque les circonstances le forcent à donner son avis, soit isolément, soit conjointement avec les médecins spéciaux. Ce sont ces principes qui m'ont dirigé dans l'article suivant.

Les anciens ne nous ont laissé sur la folie qu'un petit nombre de renseignements qui témoignent de l'état peu avancé de leurs connaissances sur cette affection. Arétée (1), le premier, distingue et décrit à part la *manie mélancolie*. Cælius Aurelianus (2) signale la marche, l'invasion, les causes de la folie. Pendant longtemps les auteurs n'ont rien ajouté aux travaux de Cælius Aurelianus, et la science s'est peu enrichie des recherches de Galien, Plater, Th. Bonet, etc., etc. A la fin du siècle dernier, Perfect (3), Greding (4), Chiarugi (5), Crichton (6), Has-

(1) *De caus. et sign.*, lib. I, cap. V.
(2) *De morbis acutis*, lib. I, cap. I, III, XI, XV.
(3) *Select cases in the different species of insanity.* London, 1787.
(4) *Sammtliche medicinische Schriften.* Gratz, 1790.
(5) *Della pazzia in genere.* Florence, 1793.
(6) *Inquiries into the nature and origin*, etc. London, 1798.

lam (1), ont publié un grand nombre de renseignements utiles sur l'aliénation ; mais il faut arriver à Pinel pour trouver un traité dogmatique sur cette partie des sciences médicales. Pinel (2) commence une ère nouvelle dans l'histoire de la folie ; après lui, les travaux d'Esquirol (3) sont venus jeter une vive lumière sur cette affection. Il faut y joindre les recherches des auteurs modernes, parmi lesquels nous signalerons Georget, Leuret (4), MM. Foville (5), Calmeil (6), Lélut (7), Parchappe (8), Brierre de Boismont (9), Baillarger (10), etc.

Les auteurs ont établi de nombreuses divisions pour l'étude de la folie ; elles sont loin d'être à l'abri de tout reproche : elles reposent toutes sur les caractères que présente le désordre de l'intelligence, caractères qui varient à l'infini. Jos. Frank admet dix espèces de manie. Pinel reconnaît : 1° la *manie*, 2° la *mélancolie*, 3° la *démence*, 4° l'*idiotisme*. Esquirol ramène toutes les formes de la folie à cinq genres : 1° *lypémanie*, 2° *monomanie*, 3° *manie*, 4° *démence*, 5° *idiotisme*. Georget (11) admet la classification d'Esquirol, en y ajoutant la *démence aiguë*.

Dans l'exposé des symptômes de la folie, je ferai mieux ressortir les vices de ces classifications ; en attendant, je dois faire une remarque qui est de la dernière importance pour l'étude de cette affection. La folie peut se présenter sous deux états bien tranchés : ou elle ne consiste qu'en un *simple dérangement de la raison*, ou elle *s'accompagne de symptômes physiques*. Cette distinction, que dans ces derniers temps Leuret (12) a rappelée, et dont il a tiré les conséquences les plus heureuses, est désormais nécessaire pour la solution des principales questions que soulèvent la nature, l'étiologie et le traitement de l'aliénation mentale.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La folie consiste dans l'aberration des facultés de l'entendement. Vouloir la définir d'après sa nature, sa marche, etc., ce serait s'exposer à être inexact ou incomplet.

Cette maladie a reçu des noms très variés : c'est la *phrenitis apyreta* de Sauvages ; la *manie*, la *démence* de plusieurs auteurs ; l'*aliénation mentale*, la *folie*

(1) *Observ. on insanity*. London, 1798.
(2) *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Paris, 1809.
(3) *Des maladies mentales*. Paris, 1838, 2 vol. in-8, fig.
(4) *Du traitement moral de la folie*. Paris, 1840, in-8. — *Des indications à suivre dans le traitement moral de la folie*. Paris, 1846, in-8. — *Fragments psychologiques sur la folie*. Paris, 1834, in-8. — *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. VII, p. 552, t. IX, p. 655.
(5) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique*, art. ALIÉNATION MENTALE.
(6) *De la folie considérée sous le point de vue pathologique*, etc. Paris, 1845, 2 vol. in-8. — *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*. Paris, 1859, 2 vol. in-8.
(7) *Inductions sur la valeur des altérations de l'encéphale*. Paris, 1836. — *Le démon de Socrate*, 2ᵉ édition. Paris, 1856, in-18.— *L'amulette de Pascal, pour servir à l'histoire des hallucinations*. Paris, 1846.
(8) *Recherches sur l'encéphale, sa structure, ses fonctions et ses maladies*. Paris, 1838. — *Traité théorique et pratique de la folie*. Paris, 1841, in-8.
(9) *Des hallucinations*, 2ᵉ édition. Paris, 1852, in-8. — *Du délire aigu observé dans les établissements d'aliénés*, et *De l'emploi des bains prolongés et des irrigations continues dans le traitement des formes aiguës de la folie* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1845, t. XI, p. 477, t. XIII, p. 537).
(10) *Des hallucinations* (*Mém. de l'Acad. de méd*, Paris, 1846, t. XII, p. 273 à 516). — *Recherches sur le système nerveux*. Paris, 1847.
(11) *Dictionnaire de médecine*, t. XIII.
(12) *Traitement moral de la folie*. Paris, 1840, in-8.

de Pinel, d'Esquirol, de Leuret, de M. Lélut ; la *phrénalgie*, la *phrénopathie* de M. Guislain.

Il serait difficile de donner d'une manière même approximative le degré de fréquence de cette affection. Si aujourd'hui le nombre des aliénés paraît augmenter, c'est, selon toutes les probabilités, d'une part, parce qu'on connaît mieux les formes de la folie, et, de l'autre, parce que les établissements où l'on traite ce genre de maladie se sont multipliés. Suivant M. Brierre de Boismont et plusieurs autres auteurs, il y aurait un accroissement réel dû aux progrès de la civilisation ; mais le fait est loin d'être prouvé.

§ II. — Causes.

Comme dans beaucoup d'autres maladies, l'étiologie de la folie n'est pas la partie la moins obscure de son histoire ; cependant, à voir les nombreuses statistiques publiées depuis quelques années sur ce point important, il semble qu'un aussi grand nombre de matériaux doive jeter une vive lumière sur la question (1). Mais il n'en est pas ainsi. Les auteurs se sont trop pressés de voir un rapport de causalité entre certaines conditions où se trouvaient placés les individus et le développement immédiat ou éloigné de la maladie. Souvent ils ont rapporté à une cause unique ce qui dépend de la réunion de plusieurs, sans qu'on puisse indiquer le degré d'action de chacune d'elles, et presque jamais ils ne se sont montrés assez sévères dans la recherche de l'existence de ces causes présumées.

1° Causes prédisposantes.

Hérédité. — C'est peut-être la cause la mieux connue, et, selon toutes les probabilités, on trouverait sa fréquence plus grande qu'on ne le croit, s'il était possible d'avoir des renseignements sur tous les cas. Esquirol avait noté son influence sur près d'un tiers des malades chez les pauvres, et sur plus de la moitié chez les riches. Leuret a démontré également la grande influence de l'hérédité dans cette affection.

Sexe. — C'est une opinion très généralement répandue que la folie est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. En réunissant les statistiques fournies par Esquirol, Parchappe, Guislain, Leuret, Ferrus, etc., etc., les auteurs du *Compendium* (2) sont arrivés aux chiffres suivants : sur 60 318 aliénés, se trouvent 31 580 hommes et 28 738 femmes. D'après ces chiffres, il faut reconnaître, avec M. Parchappe (3), que rien ne prouve que les femmes soient plus exposées à la folie que les hommes, et il faut en outre ajouter avec cet auteur que le rapport de la fréquence entre les deux sexes varie d'un pays et même d'une localité à l'autre.

Age. — Relativement au nombre des aliénés, le maximum d'admission dans les établissements destinés à les traiter se rapporte à la période de trente à trente-neuf ans. La période de vingt à quarante-neuf ans comprend la grande majorité des aliénés. Quant à l'âge relativement à la population, Esquirol et Leuret, d'après un relevé de 12 869 aliénés, sont arrivés aux conclusions suivantes : « Plus l'homme

(1) Voy. *Statistique des établissements d'aliénés en France* (*Annales d'hygiène publique*. Paris, 1859, t. XI, p. 197).

(2) Monneret et Fleury, *Compendium de médecine pratique*, article FOLIE, t. IV, p. 200.

(3) *Rech. statist. sur les causes de l'aliénation mentale*, 1839. — Baillarger, *Recherches statistique sur l'hérédité de la folie* (*Bull. de l'Acad. de méd.* Paris, 1847, t. XII, p. 760 et suiv.).

avance dans la vie, plus il est exposé à la perte de la raison, mais avec des chances différentes relativement aux âges. » C'est donc surtout pour les dernières périodes de la vie que la proportion est considérable.

Tempérament. — Rien n'est plus vague que ce que nous ont laissé les auteurs à cet égard : nous nous abstiendrons d'en parler.

Etat civil. — M. Desportes (1) avait depuis longtemps attiré l'attention sur ce point, quand M. Parchappe, recueillant de nouveaux documents, trouva que le célibat et le veuvage peuvent être considérés comme une prédisposition à la folie dans les deux sexes.

L'influence des *professions* nous est peu connue; il n'en est pas de même des *saisons :* tous les relevés s'accordent pour établir que la fréquence de la folie est en raison directe de l'élévation de la température. Les *climats*, les *mœurs*, la *civilisation*, ont sans doute une part plus ou moins grande dans le développement de cette maladie; mais on sent que je ne puis discuter ici les résultats auxquels on est arrivé à cet égard.

Enfin on a recherché dans certains *états physiologiques* ou *pathologiques* une prédisposition à la folie. Je me contenterai de signaler l'établissement de la menstruation, la dentition, un caractère violent, l'épilepsie, un premier cas de folie, etc., etc.

2° Causes occasionnelles.

La division la plus naturelle est celle qui distingue les causes occasionnelles en *physiques* et en *morales*.

a. *Causes physiques.* — Les infractions aux lois de l'hygiène, l'exposition à un soleil brûlant, l'abus des boissons alcooliques, les fatigues excessives, les inflammations encéphaliques, les coups sur la tête, les désordres menstruels, l'état puerpéral, les inflammations gastro-intestinales, les fièvres graves, les vers intestinaux, la syphilis, une maladie de la peau (2), les pertes séminales involontaires (3), etc., etc., ont été, avec plus ou moins de probabilité, considérés comme pouvant donner lieu à la folie.

b. *Causes morales.* — Les causes morales sont sans contredit les plus nombreuses, et leur action paraît plus ou moins importante selon l'idée qu'on se fait de la nature des aberrations de l'esprit. Elles comprennent tout ce qui agit sur les facultés intellectuelles et affectives : la misère, le chagrin, la honte, l'ambition, la peur, l'amour contrarié, etc., etc. Il serait inutile d'en faire une plus longue énumération. Pour en déterminer le degré d'importance, M. Parchappe, les opposant à toutes les autres causes déterminantes réunies, a donné le rapport suivant : sur 385 aliénés, 243 causes morales (63 sur 100), 142 causes de toute nature (37 sur 100).

§ III. — Symptômes.

Je l'ai dit plus haut, la folie peut ne consister qu'en un trouble des facultés intellectuelles, ou bien elle peut s'accompagner de symptômes physiques. Cette distinction, sur laquelle Leuret a insisté avec tant de force, et qui l'a mis sur la

(1) *Rapport sur le service des aliénés.* Paris, 1823.
(2) Blanc, *Journ. des connaiss. méd.-chirurg.*, 16 octobre 1851.
(3) Lisle, *Comptes rendus de l'Acad. de médecine*, mars 1851.

voie d'un traitement dont les résultats ont été souvent si heureux, nous conduit naturellement à diviser les symptômes en *moraux* et en *physiques*; les premiers pouvant exister seuls, c'est par eux que je commencerai cette description.

1° *Symptômes moraux.* — Les troubles de la pensée sont nombreux et variés comme les mille combinaisons de la pensée elle-même : « Quel est celui, dit Esquirol, qui pourrait se flatter d'avoir observé et de pouvoir décrire tous les symptômes de la manie, même dans un seul individu? » Cependant on peut toujours les rapporter à quelqu'une des grandes divisions de l'entendement, et, pour leur étude, nous suivrons celle qu'a établie Leuret (1). Elle repose, en effet, sur une analyse raisonnée des troubles de l'esprit, et si elle ne comprend pas tous les désordres moraux sans exception, si l'on a pu élever contre elle quelques objections de détail (quelle est la classification pathologique qui peut échapper aux objections?), elle est du moins plus complète et plus pratique que les autres, et surtout elle convient au praticien, à qui elle permet de saisir les plus légères nuances de la folie. Nous aurons donc à examiner le désordre : 1° de l'intelligence; 2° des sensations; 3° des passions.

A. *Intelligence.* — Il est des fous qu'on appelle *incohérents :* leur aberration consiste en ce que leurs idées, privées d'une association régulière, s'accouplent au hasard et donnent naissance aux composés les plus disparates. Cette incohérence peut aller jusqu'à la prononciation de mots dont l'assemblage ne forme aucun sens, jusqu'à l'articulation de syllabes qui ne forment aucun mot. L'incohérence s'étend aussi aux gestes, aux actions; en général, elle paraît plus grande dans les écrits que dans les paroles.

Sous le titre de *conceptions délirantes*, il faut ranger ces mille troubles de l'intelligence qu'on appelle craintes imaginaires, idées extravagantes, opinions ridicules, etc., etc. Il est des fous qui se trompent sur leurs *organes* ou sur leur *personnalité :* quelques-uns croient avoir des jambes de verre; il y a des femmes qui se croient changées en hommes, et des hommes en femmes; des individus qui, *privés de leur personnalité antérieure*, sont devenus Jésus-Christ, Mahomet, etc., ou qui, *transformés en bêtes*, ne doutent pas qu'ils ne soient loups, chiens (*loups-garous*, *cynanthropie*, *lycanthropie*). Un homme se croyait de beurre, et, dans la crainte de fondre, il n'approchait jamais du feu. On pourrait multiplier ces exemples à l'infini. Il y en a qui *confondent* les personnes. M. Foville a publié l'observation d'un ancien militaire qui se disait mort à l'armée depuis fort longtemps. Un malade dont parle Aétius se croyait également mort, et pour cette raison il ne voulait prendre aucune nourriture : un autre homme fit le mort; on le mit à table, et il mangea. Le malade suivit son exemple. Je me contenterai de ces citations.

« L'*attention*, dit Esquirol, est lésée chez presque tous les fous : il suffit souvent de les rendre attentifs pour les faire résonner juste. La *mémoire* subit des atteintes variables ; elle peut rester intacte ou être complétement abolie. »

B. *Sensations.* — Entre la conception et la sensation, il y a un phénomène intermédiaire que les médecins appellent *hallucination*. L'hallucination est un phénomène psychique, s'accomplissant indépendamment des sens, et consistant en des

(1) *Fragm. psych. sur la folie*, 1834, in-8.

sensations externes que le malade croit éprouver, bien qu'aucun agent extérieur n'agisse matériellement sur ses sens. Cette définition, donnée par Esquirol, établit la différence qui existe entre cette aberration et celle qu'on désigne sous le nom d'*illusion*. Deux malades se plaignent de ce qu'on leur dit des injures : l'un après qu'un son de voix a réellement frappé son oreille (illusion) ; l'autre quand tout est resté silencieux autour de lui (hallucination). Le premier, trompé par sa préoccupation, a prêté la pensée qu'il avait au bruit extérieur : sans le bruit, sa pensée ne se serait pas convertie en sensation. Le second n'a rien entendu : le bruit, le son de voix n'existent que pour lui.

Hallucinations. — En étudiant les hallucinations selon les sens auxquels elles se rattachent, nous trouvons en première ligne celles de la *vue* et de l'*ouïe*. Ce sont elles qui font croire aux malades qu'ils voient des fantômes, des personnes absentes, qu'ils entendent des plaintes, des rires, quand aucun objet, aucun bruit n'existe. Suivant Marc (1), les hallucinations de l'ouïe sont les plus fréquentes et se rencontrent au moins chez les deux tiers des hallucinés. Leuret (2) remarque que les hallucinations de la vue et de l'ouïe se montrent plus souvent réunies qu'isolées. Celles du *goût* et de l'*odorat* sont assez rares. Certains malades prétendent être affectés de saveurs désagréables, d'autres se plaignent qu'on leur fasse sentir de mauvaises odeurs. Leuret dit n'avoir pas vu d'exemple de cette aberration sensoriale isolée de tout symptôme de folie. Les hallucinations du *toucher* sont assez fréquentes : les malades croient qu'on les frappe, qu'on leur enfonce un poignard dans le corps. Sous le nom d'*hallucinations des organes intérieurs*, on désigne ces aberrations qui font, par exemple, croire au malade que son corps est rempli de vapeurs sulfureuses qui l'étouffent.

Ce que je viens de dire des hallucinations s'applique également aux *illusions* des sens ; je m'en tiendrai donc à ces détails. J'ajouterai qu'on donne plus spécialement le nom de *visions* à des hallucinations survenues pendant le sommeil ; elles diffèrent des rêves ordinaires en ce qu'elles font sur l'esprit une impression *profonde* et *restent* gravées dans la mémoire. Aux aberrations de la sensibilité il faut joindre ce qu'on appelle *incubes*, *succubes*, *possession*, *extase*, etc. L'étude de ces phénomènes appartient plus à la psychologie et à l'histoire qu'à la pathologie proprement dite.

C. *Passions.* — Sous ce chef, je range toutes les formes du délire caractérisées par l'aberration de la *volonté*, qui comprend la perversion des *passions*, des *désirs*, des *instincts* : elles varient à l'infini. C'est dans cette catégorie que nous trouvons la plupart des formes décrites par les auteurs sous le nom de *monomanie*. Ainsi les malades ont un orgueil excessif ; ils s'abandonnent à la haine, à l'amour, à la joie, à la tristesse avec excès : ils ont d'affreuses terreurs ; ils sont irrésistiblement entraînés au vol, à l'homicide, au suicide, à l'incendie, à la luxure, etc., etc.

2° *Symptômes physiques.* — Je l'ai déjà dit, ils peuvent manquer complétement. Quand ils existent, ils varient selon les diverses conditions dans lesquelles se trouvent les malades, et l'état organique sous l'influence duquel ils sont produits.

C'est à la *motilité* qu'appartiennent les principaux troubles dont il s'agit. Cer-

(1) *De la folie, considérée dans ses rapports avec les questions médico-judiciaires.* Paris, 1840, in-8, t. I, p. 188.
(2) *Fragm. psych.*

tains aliénés sont calmes, n'ont rien d'anormal dans les mouvements pendant la durée de leur maladie ; beaucoup, au contraire, présentent une agitation tantôt passagère, tantôt presque continuelle. Il en est dont l'agitation, née avec la maladie, ne finit qu'avec elle. Les malades frappent, brisent ce qui se trouve sur leur passage ; quelquefois ils s'abandonnent à des mouvements bizarres, désordonnés ; ils chantent, crient, vocifèrent ; font des grimaces, rient, pleurent follement, etc., etc. Souvent il s'y joint des tremblements partiels ou généraux, des contractures, des convulsions, des attaques épileptiformes. D'autres fois la *paralysie* se manifeste ; elle donne alors à la maladie une physionomie particulière : j'en parlerai plus loin à l'occasion des formes de la folie.

L'état de la *circulation* a été noté par différents auteurs. M. Foville, en observant le pouls sur 62 malades pris au hasard, a trouvé pour moyenne 84 pulsations par minute. Leuret et M. Mitivié (1), après avoir compté le pouls pendant vingt-huit jours chez 89 aliénés, ont obtenu une moyenne de 82. Suivant eux, la fréquence du pouls varie dans les différentes espèces d'aliénation ; mais dans celle où la fréquence leur a paru être le moins considérable, la moyenne a encore été de 76. Ils ont, en outre, trouvé une fréquence plus grande en été qu'en hiver, plus grande aussi chez les vieillards que chez les jeunes gens ou les adultes, et chez les malades maigres et faibles que chez les malades forts et robustes.

En général, les troubles des *fonctions digestives* sont peu prononcés. Ordinairement l'appétit se conserve ; quelquefois il est diminué, d'autres fois augmenté à l'excès ; les malades mangent avec une voracité extraordinaire. Il y a parfois des alternatives de constipation et de dévoiement. Certains aliénés ont une salivation habituelle, abondante ; d'autres refusent de manger, par suite de conceptions délirantes.

Enfin l'*insomnie* accompagne très souvent la folie ; souvent elle est opiniâtre, et il n'est pas rare de voir des malades entièrement privés de sommeil pendant un mois. La physionomie, tantôt d'une mobilité extrême, tantôt sans expression particulière, reflète souvent la passion dominante, et surtout la conception délirante. La peau est ordinairement chaude, sèche ou humide. Certains aliénés restent dans un marasme prononcé, d'autres présentent un état d'obésité qui peut acquérir d'énormes proportions.

Tels sont les désordres physiques et moraux dont se compose la folie. De la réunion de plusieurs d'entre eux, de la considération du caractère du délire, ou des symptômes qui l'accompagnent, les auteurs ont déduit les différentes formes de l'aliénation. A cet égard, la classification d'Esquirol mérite d'être rappelée : elle a servi de base à la plupart des travaux modernes. Ce médecin admet : 1° la *lypémanie* (mélancolie des anciens) : c'est le délire sur un objet ou un petit nombre d'objets, avec prédominance d'une passion triste et dépressive ; 2° la *monomanie*, ou le délire borné à un seul objet ou un petit nombre d'objets, avec prédominance d'une passion gaie et expansive ; 3° la *manie*, qui est le délire sur toutes sortes d'objets, accompagné d'excitation ; 4° la *démence* : c'est le délire avec affaiblissement des facultés intellectuelles et morales ; les insensés déraisonnent, parce que les organes de la pensée ont perdu leur énergie et la force nécessaire pour remplir

(1) *De la fréquence du pouls chez les aliénés*. Paris, 1832, in-8.

leurs fonctions; 5° l'*imbécillité* ou *idiotie*, état dans lequel les facultés intellectuelles ne se sont jamais manifestées, ou n'ont pu atteindre qu'un très faible degré de développement.

Pour faire sentir les défauts de cette classification, il suffit de faire remarquer que la lypémanie rentre directement dans la monomanie, dont elle n'est qu'une variété, et que l'idiotie doit être distraite de l'étude de la folie. Je conserverai néanmoins une partie de ces formes, et j'en ajouterai d'autres qui ont leur importance, comme on le verra dans l'énumération suivante :

1° *Manie*, ou délire général, avec ou sans excitation; 2° *monomanie*, ou délire borné à un seul ou à un petit nombre d'objets, avec prédominance d'une passion; 3° *hallucinations; 4° démence*, ou affaiblissement des facultés intellectuelles; 5° *paralysie générale des aliénés;* et à ces espèces j'ajoute les *variétés* suivantes: 6° *folie des femmes en couches; 7° folie par empoisonnement, par les narcotiques, l'alcool.*

Les détails dans lesquels je suis entré à l'occasion des symptômes me dispenseront de décrire longuement les différentes formes de la folie que je viens d'indiquer : ce serait s'exposer à des répétitions inutiles.

1° *Manie.* — Ce qui constitue essentiellement la manie, c'est le désordre général de l'intelligence. Le maniaque a de l'*incohérence*, des *conceptions délirantes*, des *hallucinations*, des *aberrations de la volonté*, de l'*agitation*. Quelques auteurs regardent la *fureur* comme inséparable de la manie; l'observation est contraire à cette opinion. Esquirol, Marc, M. Calmeil, et beaucoup d'autres médecins, ont vu des maniaques qui n'étaient jamais furieux; mais, en raison de leur extrême susceptibilité, presque tous les maniaques sont très irritables; ils entrent en fureur pour le plus léger motif, à la suite d'une hallucination, etc.

Les femmes sont plus fréquemment agitées que les hommes; chez ces derniers, les *accès de fureur* se montrent aussi à des intervalles plus éloignés. Lorsque la fureur est continue, l'aliénation a reçu de quelques auteurs le nom de *folie furieuse.*

C'est surtout dans la manie qu'on observe de nombreux désordres de la *motilité;* la *sensibilité* aussi y est souvent exaltée, quelquefois pervertie. Suivant Leuret et M. Mitivié, les maniaques sont, après les hallucinés, les aliénés chez lesquels on observe la plus grande fréquence du *pouls;* la moyenne est de 90 pulsations par minute. La *respiration* est accélérée pendant les paroxysmes, naturelle dans l'intervalle. L'*appétit* est variable. « Presque tous les maniaques, dit M. Calmeil, rendent les déjections alvines dans leurs vêtements, urinent dans leur lit, sans qu'on puisse attribuer cet accident à la faiblesse des sphincters; ils se salissent par oubli ou par calcul. » Beaucoup de maniaques, pendant les accès, laissent écouler une abondante quantité de salive; d'autres font tous les efforts et tous les mouvements d'un homme qui crache, et cependant ils ne rejettent rien.

En général, les maniaques maigrissent, les traits de la face s'altèrent. Beaucoup d'entre eux déchirent leurs vêtements ou s'obstinent à rester entièrement nus; la plupart sont enclins à la malpropreté; ils se bouchent le nez, les oreilles avec des objets dégoûtants.

2° *Monomanie.* — Le nombre des malades qui ne délirent que sur un seul objet

t infiniment petit, si même il en existe. M. Foville (1) dit n'avoir vu que deux omonaniaques qui méritassent rigoureusement ce nom, et encore éprouvaient-ils r intervalles un délire plus ou moins étendu. M. Lélut et Leuret, dans leur longue atique, n'ont jamais rencontré une monomanie proprement dite. Nous entendrons nc par monomanie un délire qui ne s'étend qu'à une partie des opérations de ntendement, et caractérisé par la prédominance d'une idée ou d'une passion. Ce lire peut varier à l'infini, comme les mille manières de sentir et de penser. On nçoit ainsi qu'il soit impossible non-seulement de décrire, mais de prévoir toutes s *monomanies*. Voici les principales admises par les auteurs.

a. *Monomanie d'orgueil.* — « La part de l'orgueil, dit Leuret (2), est si large ns la société, que l'on s'étonne presque de voir les excès de cette passion compter i nombre des aberrations de l'esprit. L'orgueil est folie, seulement à ceux qui, rtant cette passion à l'excès, sont en même temps si maladroits et si aveugles, ie nul raisonnement ne peut les détromper, et qu'ils manquent du talent et de la rce nécessaires pour imposer aux autres leur propre conviction. » Dans cette rme de délire, les malades croient posséder des richesses immenses, se figurent re princes, généraux, etc., etc. « On dirait, ajoute M. Leuret en parlant de l'orgueil, qu'il est d'autant plus hardi, qu'il germe dans un entendement moins cul-é. L'homme instruit, quand il est aveuglé par cette passion, monte quelques de-is, l'homme ignorant va d'un seul bond jusqu'au sommet; le premier se fait nistre, roi ou empereur; le second s'arrête rarement à ces dignités trop fragiles, ie fait dieu. Les dieux que l'on rencontre dans les maisons d'aliénés appartien-nt presque tous à la classe la plus pauvre. »

b. *Monomanie gaie* (*monomanie proprement dite* d'Esquirol). — Elle est oppo-e à la suivante.

c. *Monomanie triste.* — C'est la *mélancolie* des anciens, la *lypémanie* d'Esqui-l. Dans ce cas, les malades sont en proie aux idées les plus sinistres; ils se croient shonorés, condamnés à mort, emprisonnés, etc., etc.; quelques-uns sont sous nfluence d'une terreur continuelle, irrésistible : on les a appelés *panophobes*.

d. A la *monomanie religieuse* se rattachent ces formes du délire qu'il me suffira nommer pour en faire connaître le caractère : tels sont la *théomanie*, la *dé-monomanie*, l'*ascétisme*, etc., etc.

Il me suffira également de mentionner la *monomanie érotique* ou *érotomanie*, *monomanie du vol* ou *kleptomanie* (Marc), la *monomanie incendiaire* ou *pyro-nie* (Marc), la *monomanie du suicide* et la *monomanie homicide*.

La monomanie, telle que nous l'entendons, est plus répandue que la manie et les tres espèces; elle est aussi plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

3° *Hallucinations.* — J'ai déjà parlé des hallucinations à l'occasion de l'étude des errations de la sensibilité; j'ajouterai que, suivant Leuret et M. Mitivié, les su-s affectés de cette forme de délire présentent la plus grande fréquence de la *culation :* sur 50 hallucinés, ils ont trouvé une moyenne de 95 pulsations par nute. Quelquefois les hallucinations constituent à elles seules presque tout le rangement de la raison; ces cas ont reçu le nom de *monomanie sensoriale*.

(1) *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. ALIÉNATION MENTALE, t. I, p. 511.
(2) *Fragm. psych.*, p. 397.

4° *Démence.* — La démence est, comme l'a dit Esquirol, l'affaiblissement des facultés intellectuelles. Elle peut être la terminaison de toutes les formes de la folie et de certains états organiques du cerveau ; mais je ne l'envisagerai pas sous ce point de vue. Elle ne nous intéresse ici que comme mode sous lequel peut se présenter le dérangement de la raison.

Quelquefois la démence n'affecte d'abord qu'une seule faculté, comme la mémoire, ou un petit nombre de facultés ; le plus souvent, dès le début, elle intéresse l'ensemble des facultés. Dans certains cas, l'affaiblissement de l'intelligence est à peine sensible ; il faut bien connaître le malade et le comparer soigneusement à lui-même pour soupçonner une lésion de l'entendement. Ainsi on n'aperçoit pas de lacune dans les idées ; mais les opérations intellectuelles sont lentes ; les passions s'éteignent ; dans les écrits beaucoup de phrases restent incomplètes, la fin ne se rapporte pas au commencement. Quelques malades répètent indéfiniment le même mot, le même air, adoptent un tic, un geste ; le visage est privé de mobilité et d'expression ; les habits sont en désordre ; « tantôt le corps est maigre, tantôt il est chargé d'embonpoint ; la face est pleine, les conjonctives sont colorées (1). » A un degré extrême, la démence amène l'*abolition* de presque toutes les facultés : les malades sont dans un état voisin de l'*idiotisme.*

La démence est parfois interrompue par des moments d'excitation ; les malades offrent la plupart des symptômes de la manie ; ils ont des hallucinations, souvent aussi des convulsions, des attaques épileptiformes ; mais ces phénomènes n'ont qu'une courte durée et sont suivis d'un affaiblissement extrême. Les déments ont la sensibilité obtuse ; leur pouls est ordinairement lent : la moyenne des pulsations est de 76 (Leuret et Mitivié). La démence, même quand elle est récente, est rarement curable : compliquée de paralysie, elle ne guérit jamais.

5° *Paralysie des aliénés.* — Dans les formes de délire que nous venons de passer en revue, les troubles de l'intelligence tiennent la première place ; mais il arrive fréquemment qu'à une époque variable de leur durée, un ensemble de phénomènes physiques survient et domine les premiers. Alors la maladie prend une physionomie nouvelle ; c'est moins, du reste, une forme particulière de la folie qu'une phase nouvelle, qu'une complication : on désigne généralement cet état sous le nom de *paralysie des aliénés*, et cette affection, étudiée avec le plus grand soin par M. Calmeil, a reçu ce nom en raison des troubles de la myotilité et des conséquences qu'elle entraîne. Elle mérite une description à part.

Les premiers signes par lesquels se manifeste la paralysie des aliénés sont habituellement fugaces, souvent faciles à méconnaître. Dans la plupart des cas, la *langue* est la première partie affectée. Tantôt on n'observe qu'une espèce de gêne qui oblige le malade à faire quelques efforts en parlant ; la voix est moins nettement articulée ; il y a de l'hésitation, de la lenteur, de la difficulté à prononcer certains mots. Tantôt il y a un véritable bégayement. La langue sort lentement de la bouche, et les lèvres sont un peu tremblantes. En outre, M. Baillarger (2) a appelé l'attention des médecins sur un nouveau symptôme qui appartient au début de l'affection, mais qui devient plus caractéristique à une époque avancée : c'est l'*inégale dilatation des pupilles.*

(1) Esquirol, *Des maladies mentales.* Paris, 1838, t. II, p. 223.
(2) *Gazette des hôpitaux*, mai 1850.

M. Baillarger explique ce fait en admettant que la lésion des deux hémisphères n'étant pas tout à fait au même degré, il en résulte cette différence dans la sensibilité des pupilles. Ces seuls indices mettent le praticien sur la voie d'une lésion nouvelle dont les symptômes ne tarderont pas à se montrer comme il suit :

A l'embarras de la prononciation viennent se joindre parfois la déviation de la langue, celle des commissures et des traits du visage; puis la parole devient presque inintelligible. La marche paraît difficile, vacillante, mal assurée; les membres inférieurs sont demi-fléchis, les pieds traînent sur le sol; les faux pas sont communs, les chutes faciles; chose remarquable, les membres supérieurs paraissent conserver leur force et leur mobilité, tandis que les jambes sont ainsi affectées. Il est à croire, dit M. Calmeil (1), que, si les bras étaient obligés de soutenir, comme le font les jambes, tout le poids du corps, on apercevrait de meilleure heure les premiers indices de la faiblesse qui finit par les atteindre. » Plus tard, la marche devient impossible, et les membres supérieurs, quoique à un moindre degré, sont presque complétement privés de mouvement. La paralysie, qui s'étend aux muscles de la déglutition, permet aux aliments de s'accumuler dans le pharynx; là, ils compriment le larynx et déterminent promptement l'asphyxie. Cet accident termine souvent la vie des paralytiques aliénés. Le rectum se paralyse, et l'on observe, soit une incontinence, soit une rétention des matières fécales. Il en est de même pour la vessie.

Au milieu de ce trouble profond de la myotilité, le désordre de l'intelligence revêt souvent la forme de la démence; très fréquemment il y a des idées de grandeur, de richesses; mais c'est à tort qu'on a voulu faire de ce caractère un signe distinctif de la folie avec paralysie.

Ici les phénomènes physiques sont sous la dépendance d'une lésion organique. Dans quels rapports sont-ils avec le trouble de l'intelligence? Il serait difficile de répondre à cette question. Nous dirons, avec les auteurs, que la paralysie se manifeste de trois manières différentes : tantôt, et le plus fréquemment, la lésion de l'intelligence précède celle de la myotilité; tantôt, et le plus rarement, c'est le contraire qui a lieu; tantôt enfin l'une et l'autre sont affectées en même temps.

La paralysie des aliénés entraîne, on peut dire constamment, les malades au tombeau; c'est à peine si l'on compte quelques cas guéris au début. La nature des lésions qui la tiennent sous sa dépendance explique cette impuissance de la thérapeutique.

Variétés. — Il est encore deux conditions spéciales au milieu desquelles peut survenir la folie, et qui paraissent, en raison même de cette particularité, lui donner une physionomie distincte; on les a décrites à part : ce sont la *folie puerpérale* et la *folie alcoolique*.

6° La *folie puerpérale* se manifeste après l'accouchement, pendant l'allaitement, ou après le sevrage. Suivant Esquirol, sa fréquence est à celle de l'aliénation mentale en général : : 1 : 11. La folie puerpérale qui survient après l'accouchement est plus fréquente dans la classe riche; celle qui survient pendant ou après l'allaitement est plus commune dans la classe pauvre : la première est plus fréquente

(1) *De la paralysie considérée chez les aliénés*. Paris, 1826, in-8 — *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*. Paris, 1859, 2 vol. in-8.

que la seconde. Sur 92 malades observées par Esquirol, la folie puerpérale avait revêtu la forme de la manie 49 fois, de la monomanie 35 fois, de la démence 8 fois. En général, sa durée est courte ; sa terminaison est souvent heureuse ; la mortalité n'est que de 1/18.

7° L'*abus des boissons alcooliques* donne lieu à un ensemble de symptômes particuliers ; ce n'est pas ce que la plupart des auteurs ont décrit sous les noms d'*œnomanie* ou *folie des ivrognes* (1), c'est un désordre moral, distinct de l'ivresse. M. Marcel, qui nous a donné une excellente thèse sur ce sujet (2), décrit ainsi cette variété :

« Les individus soumis à l'action secondaire du principe alcoolique étaient en proie à des hallucinations et à des conceptions délirantes, dont le caractère commun et bien tranché était généralement de porter une atteinte profonde à leur sûreté physique et morale. Fréquemment l'effet de ce trouble était le suicide, acte volontaire qui n'était le plus souvent qu'un accident du délire lui-même. Chez ces malades, la mémoire et l'attention n'avaient éprouvé aucune altération notable ; seulement eu égard à l'état de dépression où se trouvait l'esprit, ces facultés ne s'exerçaient pas avec leur vivacité normale ; on n'observait pas non plus d'incohérence dans les idées.

» Parmi les passions, la jalousie s'ajoutait souvent aux autres formes du délire. A côté de ces symptômes moraux, il n'y avait pas de mouvement fébrile ; de temps en temps on notait de l'insomnie et de l'agitation provenant directement du délire des sensations ou des idées. »

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Que dire de la *marche* de la folie, quand nous voyons les éléments multiples dont cette maladie se compose, et surtout leur nature et les formes variées sous lesquelles ils peuvent se montrer ? On peut l'affirmer, la science ne possède que des données vagues sur ce point important. Je me contenterai de présenter ce que les auteurs ont donné de plus précis à cet égard.

Georget décrit avec assez de soin une période qui, dans beaucoup de cas, peut durer fort longtemps, et pendant laquelle l'état du malade est le plus souvent méconnu ou mal apprécié ; cette période est pour lui une sorte d'*incubation*. Parfois l'*invasion* ou l'explosion suit de près l'action des causes qui font naître le délire ; ainsi on voit se déclarer une folie évidente en quelques heures, quelques jours. Quoi qu'il en soit, que la folie ait été ou non précédée de symptômes précurseurs et que ces troubles aient porté sur l'état physique ou sur l'état moral, une fois déclarée, elle suit une marche aiguë ou chronique, continue, rémittente ou intermittente. Je ne m'arrêterai pas à discuter les bases de ces divisions, elles témoignent assez de la difficulté de préciser la marche d'une affection qui se compose en grande partie de phénomènes naturellement variables, et dont les lois nous échappent.

La *manie* est beaucoup plus souvent intermittente que toute autre forme de la folie ; la *démence* avec paralysie ne l'est jamais ; elle peut succéder à chacune des

(1) *Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1828, t. I, p. 181.
(2) *De la folie causée par l'abus des boissons alcooliques*. Thèse, Paris, 1847.

autres formes, et surtout à la manie. Quelquefois les formes de la folie se succèdent les unes aux autres d'une manière régulière. Esquirol cite une malade qui était alternativement, un an lypémaniaque, et un an maniaque.

La *durée* de la folie est variable : ce serait s'exposer à l'erreur que de hasarder quelque assertion sur les données que nous ont transmises les auteurs. La folie peut durer de quelques jours à plusieurs années. La durée de la démence avec paralysie varie de huit mois à trois ans (1).

La folie peut se *terminer* par la guérison ou par la mort. Dans le premier cas, le retour à la santé s'opère tantôt brusquement, tantôt graduellement et avec lenteur. On conçoit que la *terminaison* est subordonnée à une foule de circonstances qu'il est facile de prévoir, et sur lesquelles nous ne sommes pas suffisamment renseignés, telles que l'ancienneté de la maladie, sa forme, ses causes, les moyens thérapeutiques employés contre elle, etc. La mort peut enlever un malade dans un accès de manie; elle termine presque infailliblement la folie qui s'accompagne de paralysie. Beaucoup d'aliénés périssent *accidentellement*, et même, dans la forme paralytique, la mort est due souvent à une *affection intercurrente* ayant son siége dans les poumons ou le cerveau. Esquirol avait fixé la mortalité ainsi qu'il suit : *manie*, 1 sur 25; *monomanie*, 1 sur 16; *lypémanie*, 1 sur 12; *démence*, 1 sur 3. Relativement au sexe, la mortalité serait plus considérable chez les hommes.

§ V. — Lésions anatomiques.

Tous les auteurs français et étrangers qui ont publié le résultat de l'ouverture des corps chez les aliénés ont cité des cas de folie sans lésion, au moins apparente, du cerveau. Quant aux cas qui ont offert des altérations auxquelles ils ont cru devoir rapporter la folie, Leuret (2) les a discutés, et après avoir passé en revue le degré d'épaisseur des os du crâne, les lésions des méninges, l'injection sanguine, l'atrophie, l'hypertrophie du cerveau, les modifications survenues dans la densité ou la couleur de cet organe, l'adhérence contractée par les méninges avec les circonvolutions cérébrales, le développement des granulations à la surface des ventricules, et l'union des plans fibreux dont seraient composés, d'après M. Foville, les hémisphères cérébraux, il arrive à ces conclusions : « 1° On a accumulé, sans esprit de critique, toutes les altérations rencontrées, ou que l'on a cru rencontrer dans le cerveau des individus morts après avoir été atteints d'aliénation mentale; 2° on a attribué le désordre de l'intelligence et des passions à ces altérations réelles ou supposées; 3° on a négligé de tenir compte des altérations compatibles avec l'intégrité de l'intelligence; 4° en ce qui concerne les altérations propres aux aliénés, on n'a pas fait la part des symptômes physiques et celle des symptômes psychiques. »

Leuret ajoute : « Je ne voudrais pas conclure de là que le cerveau des aliénés n'ait éprouvé aucune altération, même dans les cas où l'aliénation se montre libre de toute autre complication morbide. J'admets, dans la production de la folie, l'influence de certaines causes physiques; j'admets également que les lésions organiques du cerveau sont plus fréquentes chez les aliénés que chez toute autre espèce

(1) Esquirol, *loc. cit.*
(2) *Traitement moral de la folie.*

de malades. Mais, quant à l'altération qui serait la cause immédiate de la folie, je nie que personne l'ait indiquée. » Les recherches d'Esquirol et de M. Lélut conduisent au même résultat.

Une exception peut néanmoins être faite pour l'aliénation avec *paralysie générale.* La lésion principale qu'on trouve dans cette affection est une adhérence des membranes du cerveau à la substance de cet organe, telle que lorsqu'on veut les détacher, on enlève avec elles de petits fragments de la substance corticale, d'où résulte un aspect déchiqueté très remarquable. Suivant la plupart des auteurs, cette facilité avec laquelle on entraîne des fragments de substance cérébrale serait due non-seulement à l'adhérence des membranes, mais encore au ramollissement de la couche corticale. M. Foville a constaté que cette couche ne paraît ramollie que *relativement*, qu'elle a sa consistance ordinaire, tandis que la substance blanche est indurée. J'ai vu, dans deux cas, cette induration de la substance blanche. Elle varie suivant le degré de l'affection. Chez un des sujets, elle était telle, que la partie blanche du cerveau avait une résistance au moins triple de celle qu'elle a ordinairement. Elle avait pris une légère teinte chamois, avait perdu son brillant, et avait acquis assez d'élasticité pour qu'une tranche de sa substance pût être allongée par la traction, au point d'offrir plus de deux fois son étendue primitive, et que, suspendue ensuite en l'air, elle pût supporter son propre poids, sans se rompre, ce qu'il est absolument impossible d'obtenir avec une tranche de substance blanche à l'état normal. Suivant M. Foville, cette induration est beaucoup plus fréquente qu'on ne le croit généralement, et les nerfs eux-mêmes participent à cette induration. Je n'ai pas eu occasion de vérifier ce dernier fait.

On trouve dans l'ouvrage de M. Calmeil, actuellement sous presse, et que nous avons pu consulter, les détails les plus intéressants sur les lésions anatomiques de l'aliénation mentale (1).

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. — Reconnaître si une personne est folle, à quelle forme de folie appartient le dérangement de la raison, distinguer la folie des autres maladies avec lesquelles on peut la confondre, telles sont les trois questions dont la solution résume le diagnostic de l'aliénation mentale. Nous allons les traiter avec l'étendue que comporte l'importance de chacune d'elles.

1° Au premier abord, il semble que rien n'est plus facile que de distinguer un homme fou d'un homme qui a conservé sa raison, et cependant il est beaucoup de cas où il est loin d'en être ainsi. « Il ne m'a pas été possible, dit Leuret (2), quoi que j'aie fait, de distinguer par sa nature seule une idée folle d'une idée raisonnable. J'ai cherché, soit à Charenton, soit à Bicêtre, soit à la Salpêtrière, l'idée qui me paraîtrait la plus folle; puis, quand je la comparais à un bon nombre de celles qui ont cours dans le monde, j'étais tout surpris et presque honteux de n'y pas voir de différence..... Ce qui est *trouble* ici, est là un état *physiologique*..... Avec les mêmes idées, on peut être regardé comme sage ou aliéné : cela dépend du temps dans lequel on vit, du caractère et du degré d'instruction des personnes

(1) Calmeil, *Traité des maladies inflammatoires du cerveau.* Paris, 1859.
(2) *Fragment psychologique sur la folie.*

on est entouré. L'homme est la mesure de tout, notre raison est la mesure de ie des autres (1). » Ne trouvant pas dans la *fausseté des idées* un caractère ı'appartînt qu'à la folie, Leuret l'a cherché ailleurs : « A la *fausseté* des idées, , il m'a fallu joindre leur *fixité* et leur *cohésion anormale*. Un homme prend ierres pour des métaux précieux : idée fausse; rien ne peut le détourner de croyance : idée fixe; chaque fois qu'il voit une pierre, l'idée qu'il y a jointe nt nécessairement : cohésion anormale. »

ıis ces traits, qui peuvent nous servir à caractériser la folie, ne sont pas tou- apparents, faciles à constater. En présence de cas où le dérangement de la n est douteux, parce qu'il peut être *simulé*, *dissimulé*, *imputé* (et l'on com- l dans quel embarras ces conditions peuvent jeter le médecin), il faudra s'en- r de tous les moyens capables de conduire à la découverte de la vérité. Ces ns ont été indiqués par Georget (2), et surtout par Marc (*loc. cit.*), qui en a é un exposé clair et judicieux : je renvoie le lecteur aux écrits de ces méde- me contentant de leur emprunter les principaux détails.

a prendra des renseignements sur l'état antérieur de l'individu soumis à l'ob- ıtion ; on demandera s'il y a des aliénés dans sa famille; s'il a déjà eu des accès ılie ; s'il a été exposé à des causes qui la font naître; on cherchera quels chan- nts se sont opérés dans ses habitudes, ses goûts, etc.; on l'interrogera à plu- s reprises, tantôt dans un endroit, tantôt dans un autre; on le placera de ma- à l'observer sans qu'il s'en doute; on l'invitera à écrire : le dément oublie nots, le monomaniaque parle de l'objet de son délire. « Lorsqu'une personne raitée comme aliénée, et qu'elle prétend ne pas être folle, on lui demande quels fs on pourrait avoir de la persécuter; et alors, soit qu'elle divague sur-le- ıp, en invoquant des motifs invraisemblables ou ridicules, soit qu'elle parle ıngage raisonnable, on recueillera dès cet instant des renseignements précieux. » n, il faut se rappeler que la folie offre dans son cours des intervalles de *luci-* complète, et que certains individus cèdent à une impulsion dont ils recon- sent la fausseté, et à laquelle ils *ne peuvent résister*. Je me borne à ces détails; l s'agit bien moins de multiplier les exemples que d'en appeler à l'expérience la sagacité du médecin.

La folie une fois reconnue, le médecin cherchera à la rattacher à une des ıes que nous avons établies. Cette conduite a une certaine importance que nous ns mieux ressortir à l'occasion du pronostic. Les caractères que j'ai assignés ıacune des formes que j'ai décrites suffisent pour classer la maladie que l'on ıs les yeux. Je rappelle seulement que certaines formes peuvent se trouver ıies ou se succéder chez le même individu.

Pour distinguer la folie des autres maladies avec lesquelles elle pourrait être ondue, il faut se rappeler que dans un grand nombre de cas elle existe isolée out symptôme physique; que souvent, quand ceux-ci existent, ils paraissent la dépendance immédiate du trouble de l'intelligence, qui domine presque ours.

uand la folie s'accompagne de *paralysie* ou d'autres symptômes physiques,

) Leuret, *loc. cit.*
) *Dictionnaire de médecine*, t. XIII, art. Folie.

elle a quelquefois de l'analogie avec certaines affections des centres nerveux : ainsi on pourrait confondre la manie, avec la *méningite*, avec le *délire d'une affection fébrile aiguë ;* la *démence des paralytiques*, avec le *ramollissement cérébral.* Ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans les détails de ce diagnostic différentiel qui appartient en propre aux ouvrages spéciaux : disons seulement que la marche de la maladie est d'un très grand secours pour ce diagnostic, et engageons le lecteur à comparer les symptômes qui ont été décrits dans cet article avec ceux qui sont exposés dans les articles *Méningite*, *Ramollissement*, *abcès du cerveau.*

Pronostic. — Considérée d'une manière générale, la folie doit être regardée comme une maladie grave, les troubles qu'elle entraîne étant, dans un bon nombre de cas, au-dessus des ressources de l'art. Toutefois la gravité du pronostic est subordonnée à certaines conditions dont l'influence sur l'issue de l'affection ne paraît pas douteuse. Je vais exposer ce que les auteurs ont écrit de plus positif à cet égard.

L'hérédité, l'âge avancé, un accès de folie antérieur, l'ancienneté du mal, sont des circonstances qui diminuent les chances de guérison. « Les causes morales qui agissent promptement, comme la colère, la frayeur, etc., sont une circonstance favorable; celles qui agissent lentement, telles que les chagrins, les scrupules religieux, etc., laissent moins de chances de succès (Esquirol). » La folie causée ou entretenue par des hallucinations est très difficile à guérir. La manie guérit plus souvent que la monomanie ; la démence est pour l'ordinaire incurable ; la folie avec paralysie a paru jusqu'à présent au-dessus des ressources de l'art. Selon Esquirol, la folie offre plus de guérisons au printemps et à l'automne ; celle qui est compliquée d'épilepsie ne guérit pas.

Faut-il ajouter que la nature du traitement a une influence marquée sur l'issue de la maladie ? C'est ce qu'il sera facile de comprendre après la lecture du paragraphe suivant.

La folie est une maladie dont les *récidives* sont fréquentes, mais nous ne saurions dire avec précision quelles sont les circonstances qui favorisent ou éloignent ces fâcheuses conditions.

§ VII. — Traitement.

L'importante division que nous avons établie au commencement de cet article, et qui nous a permis d'exposer avec quelque clarté l'histoire si obscure de la folie, va recevoir ici son application la plus heureuse et la plus féconde. La folie, nous l'avons dit, peut ne consister que dans le trouble de la raison ou s'accompagner de symptômes physiques. Je diviserai le traitement en *traitement moral* et en *traitement physique*, et après avoir exposé l'emploi des divers moyens, je tâcherai de donner les indications de leur administration dans telle ou telle forme de la folie.

1° *Traitement moral.* — Indiqué par Daquin, Pinel et Esquirol, qui ne l'avaient employé qu'avec une réserve timide, quoique avec succès, le traitement moral a été pour la première fois érigé en méthode et formulé par Leuret, qui, dans un ouvrage plein d'intérêt (1), l'a exposé avec de nombreux développements. C'est à cet ouvrage que nous allons emprunter les détails suivants.

(1) *Traitement moral de la folie.* Paris, 1840.

Le traitement moral de la folie se compose des moyens qui s'adressent à l'intelligence et aux passions des aliénés. Ces moyens, comme on le pense, sont extrêmement nombreux ; ils varient en quelque sorte comme le malade qui en est l'objet, le lieu où l'on se trouve, etc., etc. Voici, du reste, les principaux parmi ceux qui ont réussi entre les mains de Leuret :

L'exercice de la mémoire, la lecture, le dialogue, le récit de pièces empruntées à des sujets intéressants : à quelques comédies, par exemple ; pour ces dernières, Leuret préfère les pièces gaies ; il ne veut rien de dramatique, et repousse tout ce qui prêterait à des allusions inconvenantes. Quant aux acteurs, il ne prend pas ceux qui peuvent le mieux réciter leur rôle, mais ceux auxquels le rôle doit être le plus utile : ainsi les apathiques, les lypémaniaques, sont ceux qu'il s'efforce le plus de mettre en avant ; car son but est, on le comprend bien, non pas de faire jouer la comédie, mais de guérir les malades. Il en est de même pour le chant, la musique, la danse, le dessin, la gymnastique, les évolutions militaires, le travail à la terre, les exercices corporels, etc., etc. Le temps consacré à l'étude, celui pendant lequel on récite ce qu'on a appris, ou travaille pour remplir une tâche, est enlevé à la maladie. On contracte peu à peu l'habitude de se délivrer des préoccupations maladives auxquelles on est en proie, et ces préoccupations, si le médecin est assez longtemps maître de son malade, finissent par se dissiper.

Quelquefois Leuret provoque des idées tristes ; dans ces cas, c'est pour prévenir des idées plus tristes encore, pour faire rechercher le plaisir et en donner. D'autres fois il s'attache à rendre pénibles les idées déraisonnables, afin que le malade fasse effort pour les repousser ; alors il a toujours le soin d'en suggérer d'autres conformes au bon sens, et auxquelles il tâche de donner l'attrait du plaisir.

La *douche* et les *affusions froides*, que l'on retrouve dans le traitement physique, ont été employées par Leuret comme moyens propres à agir sur le moral. Leuret en a constaté l'innocuité, et l'on a eu grand tort de lui reprocher d'y avoir recours. Assurément, si l'on y recourait inconsidérément, on serait blâmable ; mais lorsqu'on ne le fait que par nécessité, et surtout si, comme on le voit dans les belles observations de Leuret, on en retire les plus grands avantages, ce serait une grande faute de se priver d'un moyen aussi utile, parce qu'il peut causer au malade quelque contrariété. Tous les jours, en médecine, nous avons recours à des moyens beaucoup plus effrayants, sans qu'on puisse y trouver à redire. Et que deviendrait la chirurgie tout entière, si l'on se laissait guider par les principes timorés qui ont dicté ces objections ? Au reste, Leuret administre la douche et les affusions le moins possible, mais il en fait souvent peur, et cette peur suffit fréquemment pour guérir les malades.

A la douche et aux affusions Leuret joint les *exhortations* et les *raisonnements*, lorsque les malades sont dans un état tel qu'ils puissent les comprendre et en profiter.

Il conseille en outre d'éveiller chez le malade une passion, un sentiment qui vienne à votre secours, et d'entretenir cette passion, ce sentiment jusqu'à ce qu'ils aient vaincu : ainsi il emploie concurremment la crainte de la douche, des affusions, des bains répétés, la peur du ridicule, un soupçon injuste, etc. Dans un cas de folie ambitieuse, par exemple, Leuret part de ce principe : « Croire, dit-il, que l'on est grand seigneur, bien qu'on ne le soit pas, c'est une maladie ; le remède à

votre maladie, c'est la douche et l'eau froide; tant que la maladie durera, nous continuerons le remède; dès qu'elle sera passée, nous cesserons. Le malade, qui se voit dans l'alternative ou d'être grand seigneur et de souffrir, ou de cesser d'être grand seigneur et de ne plus être soumis à aucune contrariété, ne tarde pas à renoncer à ses dignités et ses titres. »

Souvent Leuret *tend des piéges* aux aliénés qui, après la douche ou tout autre moyen destiné à provoquer une rétractation, paraissent raisonnables : il revient à eux, ayant l'air de se repentir des observations qu'il leur a faites, de la peine qu'il leur a causée, et s'ils s'y laissent prendre, il leur montre en quoi ils ont failli, pour qu'ils soient en garde constamment contre eux-mêmes. Comme, dans cette espèce de lutte, son objet n'est pas de punir, mais de guérir, il est bien entendu qu'il a soin de proportionner les ruses au degré d'intelligence des malades. Quelquefois sa question dicte pour ainsi dire une réponse raisonnable; d'autres fois, au contraire, il faut être, pour ne pas s'y laisser prendre, complétement affermi dans sa raison.

Leuret *proscrit l'isolement absolu;* les idées et les passions sont aussi nécessaires à l'intelligence que les aliments à l'estomac. L'isolement amène la perte de la mémoire et de l'imagination. L'aliéné doit être rendu le plus possible aux habitudes ordinaires de la vie; les *repas pris en commun* atteignent ce but. A cet effet, Leuret fit le premier, à l'hospice de Bicêtre, l'établissement d'un réfectoire; cet exemple fut suivi plus tard à la Salpêtrière et dans d'autres maisons d'aliénés. C'est un moyen de faire manger proprement les malades, d'encourager à manger ceux qui, par mauvais vouloir ou par oubli, pourraient en être privés; enfin c'est une ressource de plus pour établir entre eux des rapports de société et les distraire.

Un tort grave, selon Leuret, est de condescendre aux idées des malades. On croit rendre service à un aliéné en lui donnant la qualité qu'il s'attribue; c'est souvent ce qu'on peut faire de plus mal, car c'est doubler la maladie que de flatter l'idée délirante d'un homme qui n'a pas d'autre phénomène de folie.

Enfin Leuret recommande d'une manière générale d'employer avec les personnes délicates, les natures sensibles, les plus grands ménagements; avec les hommes incultes, apathiques, engourdis, une volonté opiniâtre et de la vigueur.

Le médecin doit avoir pour but de se rendre maître de ses malades; mais il n'atteindra jamais ce but s'il ne multiplie presque à l'infini ses moyens d'action; en un mot, il cherchera dans l'esprit de ceux qu'il veut guérir un levier qui, mis en mouvement, redonne à l'entendement l'énergie et la rectitude qu'il a perdues.

Tels sont les principes du traitement moral; mais ce qu'il n'est pas possible de formuler, et ce que le médecin qui s'occupe du traitement des aliénés doit étudier avec grand soin sur les malades, c'est la combinaison habile de ces divers moyens. Chaque aliéné demande quelque soin particulier. Il faut chercher dans son caractère, dans son éducation, dans ses antécédents, un point accessible qui serve de point de départ à tout le traitement. C'est surtout dans la lecture des observations publiées par Leuret qu'on trouvera des exemples utiles. Tous ceux qui les liront sans prévention seront frappés de la puissance de ce traitement, lorsqu'il est dirigé par un esprit habile et ingénieux. C'est avec admiration, je le dis avec une conviction entière, qu'on voit des malades qui semblaient voués à une aberration mentale complète pour le reste de leurs jours, perdre peu à peu, et pour

ainsi dire une à une leurs idées délirantes, et pouvoir enfin reprendre leur place dans la société.

Bien plus, le traitement moral étant une éducation nouvelle, bien dirigée, on voit, ainsi que Leuret en a cité des exemples, des sujets mal élevés, et dont la mauvaise éducation a été la cause première de la folie, devenir, après le traitement, beaucoup moins imparfaits qu'avant leur maladie. C'est là un des plus beaux résultats du traitement moral, dont, je le répète, on trouve les germes dans les écrits d'Esquirol et de Pinel, mais qui, au degré que lui a fait atteindre Leuret, sera considéré par tous les esprits justes et non prévenus comme une des plus belles conquêtes thérapeutiques de notre époque.

2° *Traitement physique*. — Quels médicaments n'a-t-on pas employés contre la folie? Les énumérer tous serait impossible, et il n'y aurait aucune utilité pour le praticien. Je me contenterai d'indiquer les principaux, ceux auxquels les auteurs ont eu le plus fréquemment recours, et dont ils ont le plus vanté l'efficacité; mais je crois auparavant devoir faire remarquer que conseiller, comme on l'a fait très souvent, tel ou tel médicament, dans la folie considérée d'une manière générale, est fort peu utile, puisque les cas de cette affection sont si différents. Aussi l'indication suivante sera-t-elle très rapide. Je dirai plus loin ce qu'il faut penser de la valeur des divers médicaments dont il va être question, à l'occasion des indications qui président à leur emploi.

Les *émissions sanguines*, tour à tour proscrites et vantées, ont trouvé dans Pinel leur plus puissant adversaire; déjà Daquin s'était élevé contre l'abus qu'on en faisait. Esquirol en fit un usage plus judicieux; Haslam et Rusch (1) en recommandèrent vivement l'emploi, et ce dernier voulait qu'elles fussent plus abondantes que dans toute autre affection aiguë. On a eu recours, pour tirer du sang, aux *sangsues* appliquées aux tempes, derrière les oreilles, au cou, à l'anus, etc.; à la *saignée du bras*, du pied, du cou, de l'artère temporale; aux *ventouses scarifiées* à la nuque, derrière les épaules, etc., etc. Georget donne généralement la préférence aux saignées locales; il en est de même de Broussais (2). C'est surtout quand il s'agit des émissions sanguines que l'appréciation des cas auxquels on les applique est importante, et c'est ce qui explique l'incertitude dans laquelle nous ont laissés, à leur sujet, ceux qui ont envisagé leur emploi d'une manière générale.

De tout temps les *purgatifs* ont été conseillés dans la folie; on connaît la réputation dont a joui l'*ellébore* chez les anciens. « Les purgatifs, dit Esquirol, causent souvent de l'irritation; ils suspendent l'activité de la peau : pour prévenir ces accidents ou leurs effets consécutifs, il faut les alterner avec des bains tièdes. » Parmi les substances le plus commodément employées se trouve l'extrait de *gratiole* officinale; Jos. Frank l'administrait à la dose de 1 gramme et demi à 4 grammes dans les vingt-quatre heures; on donne aussi la *gomme-gutte*, l'*aloès*. M. Chrestien (de Montpellier) regarde la *coloquinte*, administrée en frictions sur le ventre, presque comme un spécifique. On emploie également le *calomel*, les *sels neutres*, l'*huile de croton tiglium*, etc., etc. Il serait inutile d'insister davantage sur cette médication facile à diriger.

(1) *On the diseases of the human mind*. New-York, 1812.
(2) *De l'irritation et de la folie*. Paris, 1839, 2 vol. in-8.

Les *vomitifs*, vantés par Cox, rejetés par Haslam, sont regardés comme nuisibles par Daquin. Cox (1) a fait prendre jusqu'à douze grains (0, 60 gram.) d'émétique par jour, à doses fractionnées. Quelques auteurs ne prescrivent l'émétique qu'à dose nauséeuse, et conseillent de le mêler aux aliments. J. Frank s'oppose vivement à cette pratique.

Parmi les *narcotiques*, l'opium, vanté par Cullen et Daquin, est rejeté par Cox. Esquirol le proscrit presque complétement. La *jusquiame* a été préconisée par Fothergill (2); Greding a mis en doute son efficacité. Le *datura stramonium* a été administré par Störk, Bell, Gunther; M. le docteur Moreau (3) a prescrit cette substance à assez haute dose (35 à 40 centigrammes en commençant par 2 centigrammes et augmentant graduellement) aux sujets affectés d'*hallucinations*. Dans quelques cas il a triomphé par ce moyen de ce symptôme fâcheux. La *belladone* a été donnée avec succès par Greding et J. Frank à la dose de 5 à 15 centigrammes d'extrait, deux ou trois fois par jour. Il faut le répéter, ces indications générales n'ont qu'une utilité médiocre.

Dans les *antispasmodiques*, nous trouvons le *musc* vanté par Gmelin, le *camphre* conseillé par Etmuller, Jennert, Werlof. Locher l'administrait sous la forme suivante :

℞ Sucre	8 gram.	Gomme arabique	8 gram.
Camphre	2 gram.		

Mêlez et ajoutez :

Vinaigre chaud	15 gram.	Sirop de fleur de coquelicot	30 gram.
Eau de fleur de sureau	180 gram.		

Il faut donner cette mixture jusqu'à ce qu'il se manifeste un léger mouvement fébrile.

A ces médicaments il faut ajouter la *digitale*, louée par Cox, Perfect, Currie (4), Sanders (5); le *quinquina*, administré tantôt comme tonique, tantôt comme antipériodique; le *fer*; le *mercure*, donné comme spécifique, dans des cas où l'on a cru pouvoir attribuer la production de la folie à des affections syphilitiques antécédentes. L'*iodure de potassium* peut être mis en usage dans des circonstances analogues.

Parmi les *révulsifs*, on a eu recours aux *vésicatoires*, au *séton*, aux *cautères* à la nuque, aux bras, aux épaules; au *moxa*, au *fer rouge* à la nuque, aux frictions avec la *pommade stibiée* sur le cuir chevelu. Le *galvanisme* et l'*électricité* comptent quelques partisans.

Enfin l'*eau* a été administrée de toutes les manières : Avvenbrugger, Hufeland, conseillent l'*eau froide à l'intérieur*, bue à la dose d'un verre toutes les heures : Theden fut guéri d'une lypémanie suicide en buvant jusqu'à 25 ou 30 litres d'eau dans les vingt-quatre heures. On a recommandé les *lavements d'eau simple*, la *glace* sur la tête, les *bains tièdes*, *froids*, les *bains de surprise*, d'*affusions*, les

(1) *Practical observ. of the insanity.*
(2) *Mem. of the Soc. of London.*
(3) *Gazette des hôpitaux*, octobre 1842.
(4) *Mem. of the Soc. of London.*
(5) *Essai sur la digitale pourprée*, trad. de l'anglais. Paris, 1812. — Bayle, *Bibliothèque de thérapeutique*. Paris, 1835, t. III, p. 1 et suiv.

douches, les *bains de pieds*, etc. Je me borne à cette énumération, parce que, pour pouvoir apprécier l'action de ces divers moyens, il faudrait avoir une analyse d'un très grand nombre de faits, avec la distinction des différents cas, ce que nous ne possédons pas. Plus loin, en parlant des indications, je ferai connaître les renseignements particuliers qui nous ont été fournis sur quelques points.

3° *Indications à suivre dans le traitement de la folie.* — Tels sont les deux ordres de moyens dont se compose la thérapeutique de la folie; l'un et l'autre comptent des succès. Mais comment reconnaître les cas qui exigent l'emploi des agents physiques ou des agents moraux? Dans un mémoire récent (1), Leuret a parfaitement traité cette question; il a montré de la manière la plus judicieuse comment désormais il faut entendre le traitement de l'aliénation mentale : « Plusieurs médecins, dit Leuret, se sont sérieusement demandé si l'un de ces genres de traitement mériterait la préférence sur l'autre. Que répondre à cette question? Une seule chose : c'est qu'on ne peut pas y répondre. En effet, demanderait-on si, dans les affections de poitrine, les antiphlogistiques doivent être préférés aux dérivatifs?... Ce qu'il importe avant tout, dans le traitement des maladies, c'est la connaissance des indications à remplir, et, pour acquérir cette connaissance, il faut, s'il s'agit de folie, distinguer les symptômes qui tombent sous les sens de ceux qui sont accessibles seulement à la pensée, et se faire raconter quels ont paru d'abord, quels ont suivi, afin, s'il se peut, d'en établir la filiation. »

Pour démontrer l'importance de ces préceptes, et faire voir comment des maladies, en apparence analogues, ont dû cependant être traitées par des moyens différents, Leuret cite deux exemples remarquables. Je transcris ce passage, qui me dispensera de tout commentaire : « Dans les deux cas, il s'agit de mères de famille portées au suicide; toutes deux avaient des idées fausses, des conceptions délirantes, un profond désespoir. Des symptômes physiques existaient chez chacune d'elles, mais le point de départ en était différent : dans un cas, ils avaient précédé et occasionné le dérangement de la raison; dans l'autre, une disposition vicieuse de l'esprit, un très grand abandon de la volonté, une condescendance habituelle à des caprices multipliés, avaient occasionné l'aliénation mentale, et les symptômes physiques n'étaient que la conséquence de cette aberration. Le traitement curatif a consisté, chez la première malade, dans l'emploi des moyens physiques; chez la seconde, les moyens moraux ont été les véritables agents de la guérison. »

Je dirai donc, avec Leuret, que, dans certains cas d'aliénation mentale, il faut un traitement physique; que, dans d'autres, il faut un traitement moral; qu'il en est enfin qui demandent un traitement mixte : des exemples concluants sont donnés à l'appui de ces conclusions dans le mémoire que je viens de citer.

Quant à l'emploi des *moyens moraux*, dont l'usage est aujourd'hui généralisé, je laisserai parler Leuret : « Ne demandez pas, dit-il, à celui qui fait la médecine mentale, autre chose que ce qu'il peut donner. Voulez-vous qu'il prescrive à ses malades la joie, l'amour, la frayeur, l'espérance, comme il prescrirait un bain, une saignée, une dose de rhubarbe? Il n'y a pas de préceptes, il ne peut pas y en avoir; il y a seulement des indications, et ces indications varient à l'infini, car elles dépendent de la nature d'esprit du malade, de son caractère, de l'éducation qu'il a

(1) *Des indications à suivre dans le traitement moral de la folie.* Paris, 1846.

reçue, de son âge, de son sexe, de la forme, des causes et de la durée de son délire, de sa position sociale; elles dépendent encore de ses relations habituelles, de ce qu'il a fait, vu, entendu autrefois, hier, à l'instant; toutes choses sans nombre, et dont les combinaisons varient à l'infini; elles dépendent aussi, et tout autant, du médecin, de son caractère, de son activité, de ses ressources, enfin de ce qui, dans l'esprit d'un homme, peut agir sur l'esprit d'un autre homme. »

Pour terminer ce qui est relatif au traitement de la folie, je signalerai quelques conseils des auteurs qui ont cru trouver soit dans certaines formes du délire, soit dans un certain ordre de symptômes, des indications pour l'emploi des *moyens physiques.* Ainsi Georget recommande la saignée *dans presque tous les cas de surexcitation et de congestion cérébrale*, et, dans ces cas, la déplétion sanguine doit être combinée avec des applications réfrigérantes sur la tête et l'action d'agents révulsifs. Haslam, Esquirol la réservent pour les cas de *pléthore.* Suivant Esquirol, qui rejette les narcotiques, l'*insomnie opiniâtre* ne justifie pas l'emploi de l'opium; le régime, l'exercice, le travail, les bains tièdes ou frais, sont dans ce cas les véritables remèdes. Les applications de glace sur la tête, le corps étant dans un bain tiède prolongé deux ou trois heures et renouvelé deux fois, trois fois même par jour, suivant l'intensité des accidents, est, pour M. Foville, le genre de traitement qu'on doit appliquer de préférence *dans la plupart des cas d'aliénation mentale récente*, quelle qu'en soit la forme, *pour peu qu'il y ait chaleur à la tête, rougeur des yeux*, enfin quelque signe d'excitation cérébrale.

M. le docteur Brierre de Boismont a lu à l'Académie des sciences un travail très intéressant sur l'emploi des *bains prolongés et des irrigations continues* (1) dans le traitement des formes aiguës de la folie, et en particulier de la manie. Je crois devoir donner le résumé de ce traitement utile, ainsi que l'a formulé M. Brierre de Boismont dans les conclusions suivantes :

« Les formes aiguës de la folie, et de la manie en particulier, peuvent être guéries dans un espace de temps compris entre une et deux semaines. Le traitement à employer consiste dans les bains prolongés et les irrigations continues. Le ralentissement de la circulation et de la respiration, l'introduction d'une grande quantité d'eau dans l'économie, la réfrigération générale et graduée, démontrent que ces bains ont une action essentiellement calmante et sédative; la durée des bains doit être, en général, de dix à douze heures; elle peut être prolongée jusqu'à quinze à dix-huit heures. Les irrigations qu'on associe aux bains doivent être continuées pendant toute leur durée; on peut les suspendre quand le malade est tranquille. Lorsque les malades ont pris huit à dix bains sans amélioration marquée, ou qu'ils maigrissent à vue d'œil et que leurs traits s'altèrent, il faut les cesser; on pourra plus tard les prescrire de nouveau. Les bains doivent être donnés à la température de 28 à 30 degrés centigrades, et les irrigations à celle de 15 degrés.

» De toutes les formes de la folie, celle qui cède le mieux à l'action des bains prolongés et des irrigations continues est la *manie aiguë;* viennent ensuite le *délire aigu simple*, le *délire des ivrognes*, la *manie puerpérale* et les *monomanies avec symptômes aigus;* mais dans plusieurs de ces formes, les guérisons ne sont ni aussi rapides ni aussi constantes que dans la manie aiguë. La période de conva-

(1) Publié dans les *Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1847, t. XIII, p. 537 à 599.

:ence doit être surveillée avec soin, parce que les rechutes ne sont pas rares, ıque les individus sont trop brusquement exposés à l'influence des causes qui occasionné la maladie. Lorsque la manie aiguë se rapproche du délire aigu à ne ataxique et avec refus de boissons, le traitement est sans efficacité. La *manie ienne ou aiguë prolongée*, la *manie chronique avec agitation* ont été amélio- ;, mais n'ont point guéri par ce traitement.

« D'après les faits contenus dans ce mémoire, on peut affirmer que les guérisons formes aiguës de la folie, et en particulier de la manie, sont plus nombreuses ılus promptes par les bains prolongés et les irrigations que celles obtenues par ıutres méthodes; car, tandis que par celles-ci la durée moyenne du traitement d'environ six semaines, elle n'est que de huit jours par celle des bains prolongés les irrigations. Les bains prolongés et les irrigations continues nous paraissent oir être très utiles dans les *affections* hystériques et dans plusieurs autres ma- es nerveuses avec excitation.

« Les bains prolongés sont sans inconvénient, la fatigue qu'ils peuvent occasion- se dissipant avec rapidité; ils ne privent l'organisme d'aucun principe impor- t, et ils ne laissent point après eux ces débilitations profondes si souvent obser- s après les saignées abondantes, et dont la démence a été plus d'une fois la ninaison fatale. L'emploi des bains prolongés n'est pas nouveau dans la science; s jusqu'à présent, cette méthode, d'une application facile et qui peut être ıyée partout, n'avait point été formulée de cette manière. Leur union avec les gations continues constitue d'ailleurs un progrès nouveau. »

.es *hallucinations* ont été depuis longtemps regardées comme très rebelles aux yens thérapeutiques. Dans ces derniers temps, M. Moreau a publié, comme je dit plus haut, quelques observations de guérison d'hallucinations par le *datura ımonium* pris à l'intérieur. Leuret (1) a rapporté des cas de guérison chez des ucinés à l'aide du *traitement moral*, et, dans son travail sur la folie causée par us des spiritueux, M. Marcel a constaté l'efficacité des agents moraux dans e affection, dont les principaux symptômes sont des aberrations sensoriales.

.a *paralysie des aliénés* est à peu près incurable. On a cité une ou deux guéri- s sur cent cas, mais sans qu'on puisse être bien certain que les cas de ce genre ıssent pas quelque chose de particulier, et aussi sans qu'on puisse en tirer des ıctions véritablement utiles pour le traitement. Ce traitement n'est donc presque jours, et peut-être même toujours, que palliatif. Il consiste dans le repos, le sé- : à la campagne, les bains, les purgatifs, les révulsifs, les affusions froides. Dans cas, M. le docteur Lisle a obtenu un succès complet en employant la *cautérisa- ı transcurrente* le long de la colonne vertébrale.

)n prescrit généralement la *saignée* et les *sangsues;* mais il faut bien prendre le d'abuser de ces moyens, ce qu'on ne fait que trop, parce que les praticiens ı'attachent pas assez à reconnaître les premiers signes, souvent très légers, de e grave affection. Si l'on abuse des émissions sanguines, on jette les malades s un état de débilité excessive qui hâte la terminaison funeste. Le docteur Lisle, s un mémoire très intéressant (2), a parfaitement démontré cette vérité. Le

) *Traitement moral.*
2) *Union médicale*, 13 avril 1847.

mieux est, lorsque la maladie est bien constatée, de se borner aux soins hygiéniques et à la *cautérisation transcurrente*, et de n'en venir à une autre thérapeutique que pour combattre les accidents intercurrents.

M. le docteur Todd Thomson (1) a rapporté un cas de guérison obtenue en vingt-deux jours après une *inflammation intense de la bouche et du pharynx due sans doute au mercure* que le malade avait pris.

Il arrive assez fréquemment que, dans diverses formes de la folie, les malades refusent de manger. C'est une *indication particulière* qu'il ne faut pas négliger. Il faut les nourrir avec la sonde œsophagienne, et, à ce sujet, je rappellerai la sonde imaginée par Leuret, et qu'on peut laisser en place sans inconvénients. Mais je ne peux la décrire en détail ici, et je renvoie les lecteurs à une note de l'auteur (2), où ils trouveront cette description. Dans ces derniers temps, M. Baillarger en a imaginé une très ingénieuse.

M. Desterne (3) a rapporté deux cas de *folie causée par l'abus des boissons alcooliques*, et qui viennent à l'appui des opinions émises dans le mémoire de M. Marcel. Cet auteur rappelle que sur huit cas traités par John Ware à l'aide de l'opium à haute dose, quatre se terminèrent par la mort, et que sur sept qui furent traités par des doses moindres, deux succombèrent. Ces faits prouvent combien il faut être prudent dans l'emploi de ce médicament, surtout dans une maladie qui guérit avec facilité à l'aide du simple traitement tempérant.

Dans plusieurs cas, cités par M. Lisle et dans lesquels la folie était causée par des *pertes séminales involontaires*, le traitement de cette affection (4), et principalement la *cautérisation de la prostate*, a été suivi d'une guérison prompte et solide.

ARTICLE II.

IDIOTIE. — DÉMENCE. — CRÉTINISME.

Si j'ai cru devoir, dans un ouvrage de la nature de celui-ci, ne pas m'étendre beaucoup sur l'histoire de la folie, à plus forte raison dois-je glisser rapidement sur l'idiotie, altération le plus souvent congénitale des facultés intellectuelles, extrêmement facile à reconnaître, et pour le traitement purement palliatif de laquelle le praticien n'est pas ordinairement consulté. C'est donc une simple indication des principaux points de son histoire que je me propose de donner.

L'idiotie est le défaut ou l'arrêt plus ou moins complet des facultés intellectuelles, et par suite des instincts. On voit que, contrairement à l'opinion de plusieurs auteurs très recommandables, j'admets une idiotie acquise. Il me paraît, en effet, démontré que, dans un certain nombre de cas, des enfants sont devenus idiots à la suite de maladies cérébrales ou autres. On demande quelle différence il y a entre cette idiotie acquise et la démence. Elle n'est pas grande assurément ; mais je crois qu'on peut répondre que chez les idiots par maladie ou par accident, l'intelligence reste incomplète, les facultés que les progrès de l'âge perfectionnent restent à l'état

(1) *London medical Gazette*, août 1848.
(2) *Archives de médecine*, 4e série, 1845, t. IX, p. 220.
(3) *Union médicale*, 13 novembre 1847.
(4) Voy. art. *Pertes séminales involontaires*.

dimentaire, tandis que, dans la démence, ces facultés, antérieurement parve-
es à leur entier développement, s'affaiblissent à un plus ou moins grand degré,
manière à laisser des traces de leur existence passée jusqu'au moment où la dé-
nce est arrivée à son dernier terme, auquel cas les sujets ressemblent aux idiots
naissance dont les facultés ne se sont pas du tout développées. Toujours est-il
e lorsque, chez un enfant, il survient un accident ou une maladie qui arrête le
veloppement de l'intelligence, il en résulte un état absolument semblable à celui
i caractérise l'idiotie congénitale ; c'est au point que, le plus souvent, il est im-
ssible à l'homme le plus habile d'indiquer, sur deux individus qu'on lui pré-
nte, quel est celui qui est idiot de naissance et celui qui l'est devenu dans son
fance. Or, dans l'histoire des autres maladies, nous n'avons pas hésité à réunir
us une seule dénomination les affections identiques dans leurs symptômes,
elle que fût leur origine; pourquoi agirions-nous différemment à l'égard de
diotie?

Cette maladie, à laquelle on a donné les noms de *stupidité*, *imbécillité*, *idio-
sme*, etc., offre une variété décrite sous la dénomination de *crétinisme* (1).

Je n'insisterai pas sur les *causes* de l'idiotie. Il est certain que cette affection
t ordinairement *congénitale*. Les enfants peuvent en avoir le germe au moment
ême de la conception (idiotie héréditaire, crétinisme), ou bien quelque accident
rvenant, soit chez la mère, soit chez l'enfant, pendant la grossesse ou pendant
accouchement, le développement des facultés intellectuelles se trouve empêché.

M. Moreau (de Tours) (2) a trouvé chez les parents de 56 idiots, 132 cas patho-
giques auxquels on peut faire remonter l'influence héréditaire; ce sont par ordre
e fréquence : 1° la folie à forme lypémaniaque; 2° l'ivrognerie; 3° l'épilepsie;
° l'hystérie; etc.

Les causes de l'idiotie acquise se trouvent presque toujours dans une affection
ncéphalique.

Symptômes. — Il y a de très grandes différences dans les différents cas d'idiotie.
es sujets jouissent-ils encore des facultés intellectuelles et affectives, mais seule-
ent à un degré plus faible que le commun des hommes, c'est l'*imbécillité*, dont
squirol nous a donné une bonne description. Lorsque ces facultés étant toutes très
faiblies, il en est quelques-unes qui manquent complétement, c'est le *premier
egré de l'idiotie proprement dite.* Lorsqu'il ne reste que les instincts, et que
ux-ci même sont plus ou moins obtus ou détruits, c'est le *dernier degré de
idiotie* dans lequel l'homme est presque réduit à l'état d'automate, et devient
férieur aux animaux. Enfin, il est des individus habitant certaines vallées (vallées
s Pyrénées, etc.) qui offrent l'affaiblissement de l'intelligence dont il s'agit, et
plus le développement de la glande thyroïde, diverses déformations corpo-
lles, etc.; c'est cette espèce d'idiotie *endémique* qui a reçu le nom de *crétinisme*.

Est-il nécessaire de décrire l'état plus ou moins misérable dans lequel se trou-
nt les diverses catégories d'idiots que je viens d'indiquer? Je ne le pense pas. Il
ut, si l'on veut avoir une idée complète de cette maladie, recourir aux traités

(1) Ferrus, *Mémoire sur le goître et le crétinisme* (*Bulletin de l'Académie de médecine*,
ris, 1831, t. XVI, p. 200).
(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1852, t. XVIII, p. 173, 310

spéciaux, ce qui n'est nécessaire que pour les médecins qui s'occupent exclusivement des maladies mentales. Pour le praticien, il suffit de savoir qu'à l'affaiblissement ou à l'anéantissement de l'intelligence, dont les conséquences sont faciles à comprendre, se joignent divers tics nerveux et d'autres névroses dont nous nous occuperons plus loin.

Je me contenterai d'indiquer les recherches intéressantes d'Esquirol, de Leuret, de MM. Foville, Cerise, Marchand, Morel (1), sur la conformation de la tête des idiots, et les diverses *lésions* que présentent les malades.

Traitement. — L'idiotie, à quelque degré qu'elle existe, doit être considérée comme incurable, en ce sens qu'on ne parvient pas à mettre les sujets, sous le rapport intellectuel, au niveau des hommes ordinaires; mais on peut améliorer notablement leur état lorsqu'il existe chez eux une lueur d'intelligence : c'est ce qu'ont prouvé les faits cités par Itard (2), et ceux que nous a fait connaître récemment M. Séguin (3). On doit donc bien se garder d'abandonner les idiots à leur triste sort, comme on le faisait autrefois; il faut d'abord, par l'hygiène, chercher à raffermir la constitution et à donner un plus grand degré de développement à l'organisme; puis, par l'éducation morale, réprimer les mauvaises habitudes, développer les facultés affaiblies, et diriger les instincts de manière que les malades ne paraissent pas trop étrangers à tout ce qui les entoure. On trouvera, sous ce rapport, d'excellentes indications dans l'ouvrage de M. Séguin que je viens de citer.

ARTICLE III.

HYPOCHONDRIE.

On trouve des traces de la connaissance de cette maladie dans Hippocrate; Galien l'a fait un peu mieux connaître, et après lui un bon nombre d'anciens auteurs l'ont décrite, en ajoutant plus ou moins à son histoire. Parmi les auteurs qui se sont occupés de cette affection, il faut citer F. Plater (4), Ch. Lepois (5), Th. Willis (6), Boerhaave (7), F. Hoffmann, G. Cheyne, Louyer-Villermay (8), M. Dubois (d'Amiens) (9), qui a donné une très bonne appréciation critique des travaux de ses prédécesseurs sur ce sujet, Brachet (10), et enfin M. Michéa (11), auquel nous devons un très bon travail sur cette affection.

La division la plus récente qui ait été proposée est celle qu'a suivie M. Michéa, et que cet auteur tient de Broussais; elle est ainsi conçue : 1° *Hypochondrie essentielle primitive* ou *idiopathique*. Dans cette espèce, il y a simplement une

(1) *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales dans l'espèce humaine.* Paris, 1857.
(2) *Traité des maladies de l'oreille.* Paris, 1842, t. II, p. 433 et suiv.
(3) *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots*, etc. Paris, 1846.
(4) *Prax. med.*, t. I. Basiliæ, 1625.
(5) *Select. observ.*, 1618.
(6) *De morb. convuls.* (*Opera omnia*).
(7) *Prælectiones acad. : De morb. nerv.*, 1761, 2 vol. in-12.
(8) *Traité des maladies nerveuses*, 1816, t. I.
(9) *Histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie.* Paris, 1837, in-8.
(10) *Traité de l'hypochondrie*, 1844, in-8.
(11) *Traité pratique, dogmatique et critique de l'hypochondrie.* Paris, 1845, in-8.

aberration de l'intelligence qui fait craindre des maux tout à fait imaginaires. 2° *Hypochondrie secondaire* ou *sympathique*. Dans cette espèce, le point de départ de la maladie est dans une affection réelle; mais le sujet, partant de souffrances dont l'existence ne peut être contestée, en tire des conséquences exagérées et absurdes : c'est dans ces conclusions erronées qu'il faut voir l'hypochondrie. 3° *Hypochondrie mixte*. Dans cette troisième espèce, le point de départ de la maladie serait en même temps dans des souffrances physiques et dans une aberration de l'intelligence : le corps et l'esprit, suivant l'expression de M. Michéa, loin de jouer un rôle exclusif, se prêtent un mutuel appui pour produire la maladie. J'ai élevé ailleurs des doutes sur l'existence de cette troisième espèce, et montré que les trois observations rapportées par M. Michéa sont loin d'être concluantes. Avec un peu d'attention, ai-je dit, on voit presque toujours l'esprit s'affecter avant le corps, ou réciproquement, et c'est cette affection isolée, intéressant ordinairement le corps, qui est la cause occasionnelle de l'altération soit du moral, soit du physique, suivant que l'un ou l'autre a été primitivement atteint.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La définition proposée par M. Michéa me paraît devoir être acceptée : « Ce que l'on entend par le mot *hypochondrie* n'est, dit cet auteur, autre chose, au fond, qu'une des nombreuses espèces de la monomanie triste ou *lypémanie*, qui consiste dans une méditation exagérée sur son *moi* physique, sur l'état de son corps, sur sa propre santé, en d'autres termes, dans la terreur extrême (j'ajouterai, et dans la croyance) d'être affecté de maladies qu'on juge dangereuses, incurables, susceptibles de conduire au tombeau. » Cette définition, exprimant les principaux caractères de la maladie, et ne préjugeant rien sur sa nature, est, je le répète, celle qui me paraît la meilleure.

L'affection qui nous occupe a été décrite par les Arabes sous le nom de *mirachia*, et, par d'autres auteurs, sous ceux de *melancholia*, *melancholia hypochondriaca*, *vapor melancholicus*, *vapor teter; vapeurs noires*, *folie hypochondriaque*, *affection hypochondriaque*, etc. Aujourd'hui le nom d'*hypochondrie* est généralement employé.

La *fréquence* de cette affection n'est pas aussi grande qu'on pourrait le croire d'après la pratique ordinaire; il n'est pas de médecin qui n'ait été consulté par un nombre assez considérable d'hypochondriaques; mais il faut remarquer que ces malades s'adressent à une multitude de médecins, et que leur nombre semble se multiplier ainsi. Cependant il n'est pas douteux que l'hypochondrie ne soit une affection assez fréquente.

§ II. — Causes.

Le petit nombre d'observations bien faites que nous possédons, la grande difficulté d'apprécier l'influence de la plupart des causes attribuées à l'hypochondrie, et, il faut le dire aussi, le peu de méthode avec lequel la plupart des auteurs se sont livrés aux recherches étiologiques, font qu'il reste encore beaucoup de doutes sur plusieurs points. M. Michéa ayant fait quelques relevés statistiques, c'est à lui qu'il convient d'emprunter les renseignements sur ce sujet.

1° Causes prédisposantes.

Age. — C'est, d'après les chiffres fournis par M. Michéa, de trente à quarante ans que le nombre des hypochondriaques est le plus élevé; il est un peu moindre de vingt à trente et de quarante à cinquante; enfin, il est très faible dans l'adolescence et la vieillesse.

Sexe. — La proportion des hommes hypochondriaques à celle des femmes affectées de la même maladie est comme 3 à 1, d'après les mêmes recherches.

Tempéraments. — Tout le monde s'accorde à dire, et c'est un fait confirmé par les relevés de M. Michéa, que le *tempérament nerveux* prédispose plus que tout autre à l'hypochondrie; mais a-t-on distingué le tempérament acquis du tempérament congénital? C'est une question qui n'est pas sans importance.

L'*oisiveté*, les *professions intellectuelles*, les *études trop abstraites;* d'après quelques auteurs, le *célibat*, l'*éducation efféminée*, sont encore des causes prédisposantes généralement admises.

Saisons, climats. — Il y a beaucoup de divergence dans les opinions des auteurs à ce sujet, les uns affirmant que la maladie est beaucoup plus fréquente dans les *climats chauds*, d'autres soutenant une opinion contraire, et d'autres attribuant aux climats chauds et aux climats froids une égale influence. Il en est de même à l'égard des *saisons;* aucun auteur ne nous ayant donné de relevé statistique sur ce point, tout n'est que conjecture. La même réflexion s'applique à l'*usage immodéré de certains aliments*, et en particulier des végétaux et du sucre, ou bien de *certaines boissons*, telles que l'*eau*, le *thé*, les *alcooliques.* Ces diverses causes ne peuvent agir qu'indirectement, en donnant lieu, à la longue, à une altération du sang ou à une affection gastro-intestinale, dans le cours desquelles se développe l'hypochondrie. Telle est aussi la manière d'agir des *condiments* et des émissions sanguines trop abondantes.

2° Causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles, les principales sont la *lecture des livres de médecine*, les personnes qui ne sont pas de la profession ayant une grande tendance à voir dans leurs plus légères indispositions les symptômes des maladies les plus graves dont elles ont lu l'histoire; la *vue de la mort d'une autre personne ;* la *perte d'un parent, d'un ami ;* les *prédictions sinistres ;* la *spermatorrhée.* J'ai suffisamment indiqué l'influence de cette dernière cause dans l'article consacré aux pertes séminales involontaires (1). Enfin nous avons à signaler la suppression d'une hémorrhagie habituelle, la convalescence de certaines affections. On se souvient, par exemple, qu'à la suite du choléra, plusieurs individus sont restés hypochondriaques. Il en est de même à la suite de toutes les graves *épidémies.* Enfin, et c'est un fait qui ressort de la définition que j'ai adoptée, il est d'autres maladies sporadiques qui donnent particulièrement lieu à la maladie qui nous occupe. J'ai déjà cité la spermatorrhée; j'ajouterai ici les viscéralgies et d'autres affections chroniques plus graves, mais sur lesquelles néanmoins les malades se font des opinions erronées.

(1) Voy. art. *Pertes séminales involontaires.*

Pour terminer, je dirai avec M. Michéa : « Aux influences, tant immédiates u'indirectes, dont il s'agit dans ce chapitre, nous aurions pu en ajouter d'autres ; ais comme elles ne sont rien moins qu'incontestables, et que d'ailleurs leur étude porte assez peu au point de vue de la pratique, nous avons cru devoir les passer tièrement sous silence. »

§ III. — Symptômes.

Dans la description des symptômes, il faut tenir compte de la division que nous rons établie plus haut, c'est-à-dire distinguer l'*hypochondrie primitive* ou *idiopa-que* de l'*hypochondrie secondaire* ou *sympathique*.

1° *Hypochondrie primitive ou idiopathique.* — M. Dubois (d'Amiens), et après i M. Michéa, ont admis trois périodes distinctes : dans la première, l'intelligence ule est affectée ; dans la seconde, le corps participe à la maladie, mais seulement ır des troubles fonctionnels ; dans la troisième, il survient des lésions matérielles. n voit que, rigoureusement, on peut n'admettre que deux périodes : dans la pre ière, l'esprit seul est affecté ; dans la seconde, le corps l'est également.

Première période. — Le caractère symptomatique essentiel, capital, de cette ériode, consiste dans les *faux jugements que les malades portent sur l'état de ur santé*, qui d'ailleurs ne présente rien d'anormal. Cela posé, il est inutile 'entrer dans tous les détails des diverses affections que ces malades croient avoir ; faudrait parcourir presque tout le cadre nosologique. Qu'il me suffise de dire ue beaucoup se croient atteints de phthisie, de cancer ; que d'autres croient que ertaines parties de leur corps sont frappées de mort, qu'ils exhalent l'odeur des adavres ; que d'autres s'imaginent qu'ils ont des tumeurs dans diverses parties lu corps, etc., etc. Il est inutile d'ajouter que l'examen le plus attentif ne fai rien découvrir de semblable, car c'est là précisément ce qui fait le caractère de la maladie.

Sous l'influence de ces fausses croyances, les malades sont tristes, préoccupés ; s'entretenant sans cesse de leur santé, redoutant la mort, ils s'occupent constamment de la manière dont s'exécutent leurs principales fonctions, vont sans cesse à leur miroir pour examiner leur teint, considèrent avec une attention ridicule leurs diverses excrétions, pèsent leurs aliments, et attribuent à des circonstances puériles leurs maux imaginaires. Ils consultent un grand nombre de médecins, lisent tout ce qui leur paraît se rapporter à leur prétendue maladie, changent fréquemment de remèdes, et se croient presque toujours soulagés lorsqu'ils ont changé de médecin et de médication ; mais cette croyance dure peu.

Enfin ces malades finissent par être sombres, irritables, capricieux, et surtout profondément égoïstes, se plaignant sans cesse, quoique ce soient eux qui rendent malheureux tout ce qui les entoure, indifférents aux maux que peuvent éprouver les autres, concentrés en un mot dans une seule idée : l'état de leur santé.

Lorsque l'on réussit momentanément à distraire les hypochondriaques, souvent eur caractère se transforme, ils deviennent animés, gais, prévenants ; mais ce moment passé, ou même au plus fort de leur animation, si on les remet sur le chapitre de leur santé, ils retombent dans leur tristesse, recommencent leurs plaintes, cherchent la solitude, etc., ce qui ne les empêche pas de remplir parfaitement toutes leurs fonctions.

Deuxième période. — Dans la deuxième période, ainsi que nous l'avons dit plus haut, il survient de nouveaux phénomènes qui ont leur siége dans un grand nombre d'organes divers. On a proposé, pour l'étude de cette période, diverses divisions. Ainsi on a reconnu une *monomanie hypochondriaque*, lorsque le trouble fonctionnel ou les lésions matérielles ont leur siége dans la cavité abdominale; une *monomanie pneumo-cardiaque*, lorsque les symptômes se font remarquer du côté de la poitrine, etc., etc. Je ne crois pas que ces divisions aient la moindre importance, même pour faciliter l'étude de l'hypochondrie; il suffit qu'il existe dans un organe quelconque un trouble fonctionnel ou un désordre matériel, pour que l'hypochondrie ait des caractères identiques dans tous les cas; aussi n'entrerai-je pas dans de grands détails à ce sujet, et me contenterai-je de dire que les symptômes fonctionnels éprouvés par les malades appartiennent presque tous aux diverses viscéralgies: ainsi des *spasmes*, des *constrictions* de la poitrine, de l'abdomen; des *digestions difficiles*, douloureuses; des étourdissements, un embarras de la défécation, de la miction, etc., etc. Il serait complétement inutile de multiplier ces citations; je me contente d'ajouter qu'on a vu au bout d'un certain temps, chez quelques sujets, mais ce sont les cas les plus rares, de véritables *affections organiques profondes* se montrer dans l'estomac, le foie, le cœur, etc. Toutefois ce n'est pas sans un certain doute que l'on doit admettre l'existence de ces faits; les auteurs qui les ont rapportés n'ont pas noté avec assez de soin l'intégrité complète des organes au début de l'hypochondrie; d'une autre part, il est souvent bien difficile de reconnaître les affections chroniques commençantes; enfin les progrès de la science nous font découvrir aujourd'hui certaines affections qui donnent fréquemment lieu à l'hypochondrie, et qui devaient échapper à nos devanciers. Que de motifs pour douter, lorsque l'on n'a en faveur de l'opinion dont il s'agit, quelque générale qu'elle soit d'ailleurs, qu'un très petit nombre de faits!

2° *Hypochondrie secondaire, sympathique.* — Après la description précédente, il reste peu à faire pour terminer l'histoire de l'hypochondrie, et pour donner une idée de l'hypochondrie secondaire ou sympathique. Qu'on imagine, en effet, une affection quelconque qui inspire au malade des craintes exagérées pour sa vie, et l'on verra survenir la série des symptômes exposés plus haut, de sorte qu'on aura l'hypochondrie avec tous ses caractères. Dans ce second cas, l'affection physique peut être considérée comme la cause déterminante de l'affection morale. Les sujets ne se trompent pas quand ils se croient malades, mais ils se trompent sur la gravité de leur maladie. Le plus souvent, au lieu d'une affection légère qu'ils ont, ils s'imaginent être atteints d'une affection mortelle dont les symptômes ressemblent plus ou moins à ceux qu'ils éprouvent. C'est ainsi que les malades affectés de gastralgie se croient atteints d'un cancer de l'estomac; que ceux qui ont des palpitations nerveuses croient à un anévrysme du cœur, etc. De cette croyance résultent les soins hygiéniques les plus bizarres, les médications les plus variées et les plus inutiles, la tristesse; en un mot, tous les symptômes qui caractérisent le délire hypochondriaque.

Les maladies qui sont le plus souvent le point de départ, le prétexte de ces idées délirantes, sont principalement les diverses viscéralgies, et en particulier les viscéralgies gastro-intestinales.

Je n'insiste pas sur ce point; ce que je viens d'en dire est plus que suffisant

pour tout médecin instruit, et je me contente d'ajouter que les affections primitives tendent continuellement à s'aggraver sous l'influence du mauvais régime, des médications intempestives, et aussi des idées tristes auxquelles les malades sont constamment en proie. On admet généralement que de simples troubles fonctionnels peuvent dégénérer en lésions organiques profondes ; j'aurais, sur ce point, à reproduire ici ce que j'ai dit plus haut à propos d'une semblable transformation dans la première espèce.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est essentiellement chronique, néanmoins on a cité quelques cas qui avaient une forme aiguë, mais ils sont très rares. Le début est lent et graduel. On a admis des *prodromes*, mais en examinant les observations, on s'assure qu'ils ne sont autre chose que les symptômes de la maladie à un faible degré, et c'est pourquoi je n'en ai pas parlé plus haut. Il est rare qu'on n'observe pas, dans le cours de l'affection, des périodes d'amélioration plus ou moins considérable : une occupation importante, une distraction, suffisent pour détourner momentanément les malades de leurs idées délirantes. On a vu quelquefois l'hypochondrie cesser tout à coup pour se reproduire au bout d'un temps variable. Suivant Georget et M. Falret (1), l'hypochondrie peut revêtir le *type intermittent*, mais le fait n'est pas parfaitement démontré.

La *durée* peut être de quelques jours, de quelques mois, de quelques années, ou se prolonger pendant toute la vie.

La *terminaison* par la guérison est la plus fréquente de toutes, suivant les relevés de M. Michéa. C'est lorsque la maladie est idiopathique, ou lorsqu'elle est sympathique d'une affection fonctionnelle et facilement curable, qu'on obtient ordinairement cette terminaison favorable. Dans les cas où la maladie est sympathique d'une altération organique, sa curabilité dépend de celle de cette altération.

L'hypochondrie peut-elle occasionner la mort par elle-même ? Les faits ne répondent pas parfaitement à cette question. Cependant on conçoit que la grande débilitation que détermine l'état moral du malade, et les erreurs de régime, peuvent porter une atteinte assez profonde à l'organisme pour causer la mort. Quelquefois on voit l'hypochondrie disparaître à mesure que la maladie organique qui lui a donné lieu fait des progrès. Enfin, on l'a vue se transformer en diverses autres espèces de folie. L'hypochondrie est quelquefois *compliquée* d'un autre genre de folie.

§ V. — Lésions anatomiques.

D'après ce que nous avons dit plus haut, il n'y a pas de lésions anatomiques qui soient propres à cette maladie ; ce serait par conséquent un hors-d'œuvre que d'exposer ici, comme l'ont fait quelques auteurs, les altérations organiques dont l'hypochondrie a été la conséquence.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Après la description que nous venons de donner de la maladie, nous pouvons dire

(1) *Du suicide et de l'hypochondrie*, Paris, 1822, in-8.

que rien n'est plus facile que son diagnostic. Ce n'est, en effet, que faute d'une observation suffisante qu'on avait pensé que l'hystérie et l'hypochondrie ont des points de ressemblance. Pour s'assurer qu'il n'est nullement nécessaire d'établir un diagnostic à ce sujet, il suffit de comparer la description des deux maladies ; rien n'est plus dissemblable. Quant aux autres affections délirantes, on verra dans l'article suivant en quoi elles diffèrent.

Il est important de s'assurer si l'affection est idiopathique ou sympathique ; mais c'est en puisant dans les articles consacrés aux autres affections des connaissances pathologiques suffisantes, qu'on parviendra à ce diagnostic.

Le *pronostic* dépend, ainsi que nous l'avons vu plus haut, de la lésion organique primitive ou consécutive. Par elle-même, l'hypochondrie ne menace pas les jours du malade.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de l'hypochondrie ne demande pas de très grands détails, parce qu'il suffit de poser des principes généraux dont le médecin doit varier l'application suivant les cas.

Traitement moral. — L'*hypochondrie idiopathique* étant, surtout à son début, une affection morale, c'est à cette espèce de traitement, dont nous nous sommes occupé en détail dans l'article consacré à la *folie*, qu'on doit avoir principalement recours. Les auteurs sont unanimes sur ce point. Ce traitement consiste dans les *distractions*, les *voyages*, l'*exercice* à cheval, en voiture, une *occupation* attrayante, des *intérêts mis en jeu*, etc., etc. Cette indication suffira pour le praticien qui saura étudier son malade.

La conduite du médecin vis-à-vis du malade mérite une attention particulière. D'après les circonstances de la maladie, il jugera si l'on doit faire honte au malade de sa pusillanimité, ou saisir quelque circonstance particulière de son caractère, pour s'en servir comme d'un levier propre à agir sur l'affection ; mais ces nuances du traitement moral étant retracées dans l'article précédent, je n'y insisterai pas ici.

S'il n'existe aucune affection physique, soit fonctionnelle, soit organique, ce n'est pas une raison pour s'abstenir de toute prescription ; il est bon, au contraire, d'administrer des moyens inertes, en faisant croire au malade qu'ils ont une grande activité : par là on a réussi fréquemment à rétablir la santé des hypochondriaques. Quelquefois on est arrivé à ce résultat en faisant croire au malade qu'on lui extrayait d'une partie du corps un animal qu'il y croyait logé. Il faudrait se garder, après la réussite, d'avouer la supercherie ; l'expérience a prouvé que le malade se croirait mal guéri, et retomberait dans son hypochondrie.

Assez souvent l'état d'irritation, de faiblesse, d'anémie, dans lequel se trouvent les hypochondriaques, exige qu'on emploie les *antispasmodiques*, les *narcotiques*, les *toniques*, les *ferrugineux ;* c'est au médecin à juger de l'opportunité de leur application.

Le traitement moral convient également à l'*hypochondrie secondaire et sympathique ;* mais il faut en même temps diriger les moyens convenables contre la maladie qui est le point de départ des idées délirantes. Ainsi on cherchera à guérir la gastralgie, l'entéralgie, etc. Dans les cas d'affection organique profonde, on ne peut

guère avoir recours qu'à des moyens *palliatifs*, qu'il faut néanmoins se bien garder de négliger. On doit chercher les détails de ce traitement, dont il serait inutile de donner un résumé, dans les divers articles où sont décrites les maladies dont l'hypochondrie est la conséquence.

ARTICLE IV.

CATALEPSIE.

[*Synonymie, étymologie.* — Κατάληψις, *catalepsis*, saisissement (Asclépiade, Cælius Aurelianus), κάτοχος, *catochus* (Hippocrate, Dioclès, Arétée, Galien, etc.).

Les médecins grecs, avant l'ère chrétienne, ont connu la catalepsie. Le mot κατάληψις paraît avoir été employé pour la première fois par Asclépiade de Bithynie. Galien est le premier auteur qui ait distingué nettement cette maladie et qui en ait fixé les symptômes. Cælius Aurelianus a consacré plusieurs chapitres à la description de la catalepsie, dont il indique en ces termes le symptôme pathognomonique: « *Neque extenta recolligunt membra, neque conducta distendunt.* » Parmi les modernes, les auteurs qui se sont le plus occupés de la catalepsie sont: Hoffmann (1), Dionis (1709), Pétetin (1787 et 1808), J.-P. Frank; et plus près de nous, M. Bourdin (2). En 1856, M. Puel a traité ce sujet avec une grande distinction dans un Mémoire couronné par l'Académie de médecine (3). Nous ferons, dans le cours de cet article, de nombreux emprunts à ce remarquable mémoire.

§ I. — Définition, fréquence.

La définition de la catalepsie doit être basée sur le caractère le plus constant de cette maladie. Ce caractère, qui ne manque jamais, est le suivant: état des muscles qui permet de donner au tronc et aux membres toutes sortes d'attitudes, sans que le malade puisse lui-même les modifier en aucune manière. « On remarque, dit » Pinel, dans cette maladie, la privation subite des fonctions des sens et du mou» vement musculaire; il y a persévérance dans toutes les attitudes que la struc» ture mécanique et anatomique permet de donner aux membres, et souplesse pour » conserver toutes les positions qu'on leur fait prendre. » Cependant ce serait peut-être montrer trop de scrupule que de ne vouloir retenir de la maladie que ce seul symptôme, et si l'on admet, comme cela paraît raisonnable, que la catalepsie soit une névrose essentielle, on acceptera la définition suivante qu'en donne M. Puel (4). « La catalepsie est une névrose intermittente, sans modification notable dans les fonctions de la respiration et de la circulation, avec une perturbation spéciale de toutes les fonctions de relation, essentiellement caractérisée par l'impossibilité où est le malade d'étendre ou de contracter volontairement les muscles de la vie animale, tandis qu'une personne étrangère peut à son gré faire passer successivement ces mêmes muscles par tous les degrés intermédiaires entre les limites de contraction et d'extension. »

(1) *De affectu cataleptico*. Francfort, 1692.
(2) *Traité de la catalepsie*. Paris, 1841, in-8.
(3) *Mémoires de l'Académie impériale de médecine*. Paris, 1856, t. XX, p. 409 à 526.
(4) *Loc. cit.*

La catalepsie n'est pas fréquente, et la rareté même de cette maladie a fait que quelques auteurs qui ne l'avaient point observée ont mis en doute son existence; aussi Sennert (1) recommande-t-il en ces termes de recueillir attentivement tous les faits de cette nature : « *Historiæ catalepticorum, si occurrunt, diligenter annotandæ.* » M. Bourdin (2) n'avait pu réunir que 38 observations de ce genre. Plus heureux, M. Puel en a résumé 150, puisées aux sources anciennes et modernes.

§ II. — Causes.

Causes prédisposantes. — Il ne paraît pas que le climat, la température, les saisons, l'hygiène, la race, aient d'influence marquée sur la production de la catalepsie. L'hérédité, sans être une cause fréquemment observée, a été cependant notée, et il existe plusieurs observations de frères ou de sœurs atteints de cette affection. L'influence de l'âge n'est pas évidente, ainsi qu'on le verra par le tableau suivant emprunté au mémoire de M. Puel : sur 94 observations, en faisant des groupes d'âge par périodes de dix ans, on trouve :

10	cas de catalepsie de.	0 à 10	ans.
29	—	11 à 20	
35	—	21 à 30	
5	—	31 à 40	
11	—	41 à 50	
4	—	51 à 60	

D'après ces chiffres, la catalepsie serait plus commune dans la jeunesse que dans un âge avancé.

Le sexe ne paraît pas jouer un rôle important dans la production de la catalepsie. Longtemps on a cru que les femmes y étaient plus prédisposées que les hommes; cette erreur provient sans doute de la confusion établie par certains auteurs entre les phénomènes hystériques et la véritable catalepsie. Nul doute, d'ailleurs, que les femmes n'aient souvent exploité la crédulité du public et même des médecins en simulant la catalepsie, soit afin de passer pour illuminées, soit afin de tirer parti de cette jonglerie que l'on appelle magnétisme ou somnambulisme lucide, dont la catalepsie serait l'une des manifestations. Sur 148 observations de catalepsie, M. Puel a trouvé 68 hommes et 80 femmes; la prédominance du sexe féminin serait donc, en tout cas, peu considérable.

Le tempérament nerveux, mélancolique, la tristesse, l'ascétisme, la fatigue intellectuelle, des passions violentes, sont des prédispositions évidentes. Parmi les causes déterminantes, on cite l'amour, la haine, la jalousie, la terreur, les chagrins domestiques, les revers de fortune, les excès de table, l'action de la foudre, etc.

§ III. — Symptômes.

Il faut distinguer les prodromes et les accès. Les accès peuvent être complets ou incomplets. Dans le plus grand nombre des cas, l'accès est annoncé par les pro-

(1) *Med. pract.*, lib. I, cap. XXX.
(2) *Loc. cit.*

dromes suivants qui ne se rencontrent pas tous chez le même sujet : engourdissement de l'intelligence, rêves pénibles, loquacité, obtusion des sens, céphalalgie, pesanteur de tête, perte de la mémoire, secousses convulsives, constriction principalement des paupières, crampes, respiration ralentie, suspirieuse; vivacité du pouls, palpitations, coloration vive ou décoloration de la face, syncopes. Dans un grand nombre de cas, on voit parmi les prodromes des signes qui peuvent se rapporter au début des attaques d'hystérie ou d'épilepsie, telle est la boule hystérique, l'*aura epileptica*. Parfois l'accès survient brusquement, sans signe précurseur, il y a suspension instantanée de la vie de relation, ce qui se voit également dans certaines formes de l'épilepsie.

Accès. — Dans le plus grand nombre des cas, il y a suspension des fonctions sensoriales, mais ce phénomène n'est pas constant. Le sens de la vue est le plus généralement aboli. Quelquefois, il y a occlusion des paupières; dans d'autres cas on a vu les yeux largement ouverts être insensibles à toutes les excitations physiques. L'analgésie et l'anesthésie existent souvent. S'il est vrai que certaines personnes puissent simuler l'insensibilité, il n'est pas moins vrai que les excitations les plus violentes et les plus cruelles ne peuvent souvent arracher aux malades aucun signe de sensibilité. La perte de la parole est toujours observée, et c'est un des signes qui avaient frappé les premiers observateurs qui désignèrent la maladie sous le nom d'*aphonie* (Hipp.). Les fonctions intellectuelles sont le plus souvent abolies ou perverties, et les malades, comme cela a lieu dans l'épilepsie, ne se souviennent pas de l'accès. Pététin dit avoir vu une dame qui fut interrompue au milieu d'une phrase par un accès subit de catalepsie, et qui acheva cette même phrase trois heures après, dès qu'elle eut recouvré sa connaissance. Dans certains cas on a vu des malades chez lesquels la spontanéité semblait abolie, obéir aux ordres qui leur étaient donnés. « On pouvait, dit M. Bourdin, en intimant au malade l'ordre de se mouvoir, le forcer à des déplacements partiels ou généraux, et, par conséquent, rompre la chaîne des phénomènes musculaires, faire cesser l'accès et rendre le malade à son existence habituelle... » Sans mettre en doute la réalité des faits observés et l'habileté des observateurs, nous ne pouvons nous empêcher de signaler le danger de semblables récits remplis de merveilleux et tout à fait propres à encourager les mystificateurs et les charlatans. Les médecins ne doivent procéder dans l'examen de semblables faits qu'avec la plus prudente réserve.

C'est dans le système musculaire qu'il faut chercher le phénomène morbide le plus constant et le plus caractéristique; voici en quoi il consiste. Le malade est immobile et roide ; il ne se meut pas par lui-même, mais il reçoit l'impulsion qu'on lui donne ; on peut faire passer chaque muscle de la vie animale par tous les degrés intermédiaires de contraction, depuis l'extrême flexion jusqu'aux dernières limites de l'extension. Cette facilité qu'éprouve une main étrangère à mouvoir le tronc ou les membres du malade, est plus ou moins grande, et lorsque la contracture, l'état tétanique existent, il faut souvent d'assez grands efforts et un temps plus ou moins long pour vaincre la résistance musculaire. D'autres fois, au lieu de rencontrer une résistance, on trouve le corps dans un état de résolution absolue, léthargique, et il faut soutenir les membres pendant une ou deux minutes pour mettre en évidence l'état cataleptique. Lorsqu'est arrivé le moment de la contracture, si le membre est abandonné à lui-même, il conserve la position qu'on lui a donnée pendant un temps

beaucoup plus long que ne le pourrait supporter une personne très robuste. Les muscles restent dans le degré de contraction dans lequel les a surpris l'attaque ; de telle sorte que le malade conserve la pose qu'il avait dans ce moment, quelque pénible et quelque bizarre qu'elle soit. On a vu des malades rester les bras étendus ou levés au ciel ; d'autres garder la position qu'ils avaient prise pour tirer un coup de fusil, etc. En général tous les muscles de la vie de relation sont sous l'influence de l'état cataleptique ; cependant on a cité des cas dans lesquels certains muscles étaient dans l'état normal et obéissaient à la volonté. On a remarqué chez plusieurs malades un clignotement des paupières pendant l'accès.

Si l'on cherche à vaincre la conctration des muscles, on sent qu'ils cèdent lentement, comme si l'on étendait un corps élastique ; puis la partie du corps sur laquelle on a agi conserve la nouvelle position qu'on lui a fait prendre ; on a pu, de cette manière, le malade étant couché, élever d'un côté les membres inférieurs étendus, et de l'autre le tronc, de manière que le corps ne portait plus que sur le sacrum, et le malade a gardé cette position dans laquelle il est impossible de se maintenir en toute autre circonstance.

Il ne faut pas croire néanmoins que cette possibilité de conserver une immobilité complète dans les poses bizarres soit un fait constant ; il arrive au contraire assez souvent que, peu de temps après qu'on a placé le malade dans cette situation, on voit apparaître de légers mouvements involontaires, des oscillations qui ramènent les membres et le tronc dans une position moins difficile : c'est ainsi que, dans un cas observé par M. Barth, la malade, placée uniquement sur le sacrum, éprouva de légers mouvements, qui peu à peu ramenèrent tout le corps dans la position horizontale.

La rigidité des muscles porte exclusivement sur le système de la vie de relation, et les muscles respirateurs ne sont pas atteints ; cependant il semble que ces muscles eux-mêmes aient été pris de contracture, et que l'immobilité ait été complète dans certains cas de catalepsie léthargique où la mort était apparente.

La plupart des auteurs ont admis une catalepsie complète et une catalepsie incomplète. Cette distinction fondée sur des différences en plus ou en moins n'a pas de valeur absolue, et elle n'est pas mieux établie, ainsi que le fait remarquer M. Puel, que celle qu'on a admise entre le sommeil léger et le sommeil profond.

Pendant l'accès, la nutrition est impossible, ou du moins très difficile, à cause du trismus et du spasme de la langue ou du voile du palais ; la déglutition est difficile, alors même qu'on a franchi l'obstacle qu'opposent les muscles des mâchoires. Lorsque l'accès se prolonge pendant plusieurs semaines, il est évident que la digestion peut se faire, sans quoi la maladie serait rapidement mortelle. On ne remarque en général aucun trouble, aucune modification dans la circulation : le pouls a sa fréquence normale, il en est de même de la respiration. La température générale du corps ne présente rien d'anormal ; les extrémités sont souvent un peu refroidies pendant l'accès.

Complications. — La catalepsie complique beaucoup plus souvent les autres affections qu'elle n'en est compliquée elle-même. On la voit exister avec divers genres de folie, avec l'hystérie, le tétanos, et même les fièvres intermittentes ; on l'a vue apparaître dans certaines maladies aigües, et notamment dans la fièvre typhoïde.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Nous avons posé les symptômes précurseurs qui peuvent cependant manquer. La maladie consiste essentiellement dans l'accès. Parfois il n'y a qu'un seul accès, qui est alors toute la maladie ; d'autres fois les accès se reproduisent. Aussi l'intermittence est-elle un des caractères de la catalepsie ; cette intermittence est régulière dans un grand nombre de cas, souvent quotidienne ; la durée des accès, en pareil cas, est quelquefois de douze heures, le plus souvent de trois ou quatre heures.

Durée de la maladie, nombre des accès. — La maladie peut durer plusieurs années ; on a vu des malades sujets à des accès de catalepsie pendant cinq et même huit ans (Sauvages). Quant au nombre des accès, on a cité des malades qui en ont eu un par jour pendant deux ans (Baron). Une malade observée par M. Puel a eu douze cents accès, depuis octobre 1852 jusqu'en février 1855. Le plus souvent les accès ne sont pas aussi fréquents.

Durée des accès. — L'accès peut ne durer qu'une ou deux minutes. Il peut durer plusieurs mois. Le malade cité par Sarlandière eut deux accès, l'un de deux mois, l'autre de quatre mois. Il n'est pas rare de voir un accès de catalepsie se prolonger pendant plusieurs jours.

Terminaison. — La catalepsie, lorsqu'elle est essentielle, se termine ordinairement par la guérison. Cependant il existe des exemples assez nombreux de catalepsies faisant place à de la manie, à de la paralysie, à de l'épilepsie, etc.

§ V. — Lésions anatomiques.

On ne connaît pas les lésions anatomiques propres à la catalepsie.

§ VI. — Diagnostic.

L'élément principal du diagnostic est l'abolition des mouvements volontaires et l'immobilisation tétanique des membres et du tronc dans la posture qu'une main étrangère leur impose. Cette maladie ne saurait en aucun cas être confondue avec les maladies convulsives telles que l'hystérie et l'épilepsie, puisque l'immobilité est le caractère de l'une et l'agitation celui des autres. Elle ne saurait davantage être confondue avec le tétanos, puisque dans cette dernière maladie il y a contracture sans possibilité de déplacer les membres et de les immobiliser dans une attitude quelconque, et que d'ailleurs il n'y a pas dans le tétanos abolition des fonctions des sens avec absence de troubles de la circulation.

§ VII. — Traitement.

Il n'est pas un seul remède qui n'ait été essayé pour combattre la catalepsie. L'absence de méthode a engendré ici, comme dans presque toutes les névroses, l'empirisme et l'abus des médications les plus dangereuses. La méthode la plus ancienne et la plus rationnelle est celle des frictions pour vaincre la roideur des articulations. Les frictions sont sèches ou faites avec des liniments irritants ou antispasmodiques. On a conseillé également les bains tièdes, les bains froids, les affusions froides, les bains de mer, les bains alcalins, les vomitifs, les purgatifs, administrés lorsqu'il existe

un embarras gastro-intestinal. Les émissions sanguines ne paraissent pas avoir produit de bons résultats. Quant aux antispasmodiques les plus employés, ce sont le camphre, l'asa fœtida, le valérianate de zinc. Les narcotiques ne paraissent pas avoir produit de guérisons. On a employé avec succès les emménagogues dans le cas de catalepsie compliquée d'hystérie avec dysménorrhée. Tous les révulsifs ont été appliqués, et l'on en a quelquefois obtenu des résultats immédiats satisfaisants. Dans le cas de périodicité des accès, les préparations de quinquina sont indiquées.

M. Puel signale la possibilité de produire la cessation de la contraction musculaire dans un membre, et pour ainsi dire partiellement dans chaque muscle, à l'aide de frictions et de massages. Il ne faut pas oublier que si l'accès se prolonge, les malades arrivent à l'inanition, et que l'alimentation artificielle est indispensable.

ARTICLE V.

NOSTALGIE.

On donne le nom de *nostalgie* à la tristesse profonde et au dépérissement que cause l'éloignement du pays natal.

Cette affection est surtout fréquente chez les jeunes gens qui quittent pour la première fois leur famille, et en particulier chez les jeunes militaires.

La perte de la gaieté habituelle est le premier signe auquel on reconnaît cette affection. Les malades s'efforcent de la dissimuler, et pour cela ils recherchent la solitude ou ils se livrent à un chagrin d'autant plus vif, qu'ils ont fait plus d'efforts pour paraître gais devant les personnes étrangères.

Pendant un certain temps le mal ne consiste que dans cette tristesse; mais, à une époque variable, il s'y joint de la *langueur*, de l'*abattement* des forces, un dérangement plus ou moins marqué des *digestions*, des *palpitations*, l'*affaiblissement de l'intelligence*, l'*amaigrissement*, en un mot, tous les signes d'un dépérissement plus ou moins rapide, et sur lequel je n'entre pas dans de grands détails parce qu'il est extrêmement facile d'en concevoir tous les symptômes.

Si les malades n'ont pas l'espoir de retourner prochainement dans leur pays, on les voit dépérir de plus en plus, et succomber dans le *marasme*.

De puissantes diversions peuvent néanmoins prévenir cette terminaison funeste.

Il n'est pas rare aussi de voir les nostalgiques se donner la mort.

Dans les premiers temps la nostalgie peut être difficile à reconnaître, par suite du soin que mettent les malades à la dissimuler; mais bientôt elle devient évidente, et un des moyens les meilleurs pour s'assurer de son existence consiste à parler aux malades de leur pays; alors on les voit s'animer, rougir, verser des larmes, en un mot exprimer une émotion profonde, et si l'on peut leur promettre qu'ils reverront bientôt le lieu de leur naissance, l'espoir a promptement effacé toutes les traces de la maladie.

La nostalgie est assez souvent *simulée*, surtout par les jeunes militaires. On trouve en ce cas un excellent moyen de diagnostic dans les soins que les nostalgiques mettent, ainsi que nous l'avons vu plus haut, à dissimuler la cause de leur dépérissement. Ceux qui simulent la nostalgie s'empressent, au contraire, de se plaindre de leur éloignement du pays natal.

Le *traitement* de la nostalgie est nécessairement un traitement moral. Lorsqu'on peut renvoyer les malades dans leur pays, ils sont très promptement rétablis. Il en est souvent de même lorsqu'on peut leur faire croire à l'espoir d'un prochain retour ; mais il est bon alors d'avoir recours en même temps aux moyens suivants qui hâtent et assurent la guérison.

On tâche de procurer aux malades la société de personnes de leur pays ; on leur procure aussi des distractions ; on varie leurs occupations ; on leur fait faire un exercice journalier qui, sans être trop fatigant, procure un sommeil profond ; enfin on tâche d'opérer sur le malade une puissante diversion, en excitant chez lui quelque passion qui s'empare de ses pensées. Mais le plus souvent, il faut le reconnaître, tous ces moyens restent sans effet, et il n'y a réellement que le retour dans le pays natal qui produise une guérison complète.

ARTICLE VI.

ANAPHRODISIE.

L'*anaphrodisie* est, soit l'absence des désirs vénériens, soit l'impossibilité de l'érection du pénis. Il est rare que l'absence des désirs vénériens survienne avant un âge avancé, tandis que l'on observe à tous les âges et dans des circonstances très diverses le défaut d'érection du pénis, qui est une des causes de l'impuissance.

On a vu la maladie se déclarer à la suite d'une *continence trop prolongée* aussi bien qu'à la suite des *excès vénériens*. Les autres causes sont les *passions tristes* et certaines maladies dont j'ai déjà parlé, telles que les *pertes séminales involontaires*, le *diabète*, les *maladies de la moelle*. Il est des cas où l'anaphrodisie peut être regardée comme congénitale, et, dans ces cas, les organes génitaux sont mal conformés ou se développent très peu. Enfin les cas ne sont pas rares où une *vive émotion* au moment de l'acte vénérien empêche seule l'érection ; mais, en pareil cas, il n'y a qu'une anaphrodisie passagère.

Les moyens à opposer à cette affection dépendent des causes qui l'ont produite. S'il y a débilitation de l'économie, on donnera des *toniques* et des *excitants généraux* ; en même temps on prescrira les *bains de siége froids*, les *lotions froides* sur le bassin, et puis les divers topiques excitants qui peuvent ranimer les organes génitaux. On a appliqué dans ce but l'*électricité*. Quant aux médicaments *aphrodisiaques*, les principaux sont les *cantharides* et le *phosphore* ; mais on sait combien ces remèdes sont dangereux. Il faut surtout se garder de les prescrire lorsqu'on a quelque raison de croire que l'anaphrodisie dépend des progrès de l'âge, circonstance qui pourrait être cachée ou sur laquelle les sujets pourraient se faire illusion. Enfin les affections mentionnées plus haut seront traitées suivant les principes établis dans plusieurs des articles précédents : c'est le seul moyen de remédier à l'anaphrodisie qui est la conséquence de ces maladies.

ARTICLE VII.

SATYRIASIS.

Le *satyriasis* est encore une affection sur laquelle je n'ai pas à m'étendre. C'est une maladie fort rare dans tous les pays, et surtout dans nos régions. Elle consiste dans une érection continuelle du pénis, avec désir immodéré et presque insatiable de consommer l'acte vénérien.

Aujourd'hui tout le monde convient que, pour que le désir immodéré du coït mérite de trouver place dans le cadre nosologique, il faut qu'il y ait un dérangement des facultés intellectuelles, un état semblable à celui qui constitue la nymphomanie; car l'extrême tendance au coït qu'on remarque chez certains individus, raisonnables d'ailleurs, ne peut pas être considérée comme une maladie.

Les *causes* sont une *continence excessive*, la *lecture de certains ouvrages qui exaltent l'imagination*, et aussi certaines *affections cérébrales*. On a voulu trouver la lésion essentielle de cette maladie dans le cervelet, qui dans le système phrénologique, préside aux fonctions génitales; mais on n'a pas fourni de preuves valables à l'appui de cette opinion. Nous avons vu ailleurs les effets des *cantharides;* quand elles occasionnent le satyriasis, il y a délire (1).

L'*érection continuelle du pénis*, l'*éjaculation fréquente*, le *délire*, et divers autres *troubles des facultés intellectuelles*, tels sont les symptômes du satyriasis. On a cité des cas dans lesquels l'éjaculation avait eu lieu un nombre extrêmement considérable de fois (2), et s'était même reproduite très peu de temps avant la mort.

Le satyriasis se distingue du *priapisme* en ce que celui-ci consiste dans l'érection permanente du pénis, sans désir insatiable d'accomplir l'acte vénérien. Le satyriasis est une maladie grave, non par suite de l'état des organes génitaux, mais parce qu'il est le plus souvent l'expression d'une affection redoutable.

Traitement. — Lorsqu'il existe une cause évidente de la maladie, c'est à combattre cette cause qu'il faut s'attacher. Les principaux moyens dirigés contre l'affection sont les antiphlogistiques, les émollients, les réfrigérants, en un mot tout ce qui peut calmer la surexcitation des organes génitaux, et surtout arrêter les progrès des lésions des centres nerveux, lorsqu'il en existe. A l'article consacré aux *empoisonnements*, j'exposerai le traitement opposé à l'empoisonnement par les cantharides, dont j'ai dit un mot à propos de la cystite que produit cette substance.

Inhalations de chloroforme. — Un moyen qui s'est montré très efficace entre les mains de M. le docteur Dumont de Monteux (3) consiste dans les *inhalations de chloroforme.* Dans un cas rapporté par ce médecin, elles ont fait très rapidement cesser un satyriasis inquiétant. On ne saurait donc trop les recommander.

Je ne rappellerai pas les raisons qui m'engagent à glisser aussi rapidement sur cette maladie, elles seront facilement comprises.

(1) Voy. art. *Cystite.*
(2) Voy. *Cystite produite par les cantharides.*
(3) *Union médicale*, 1850.

ARTICLE VIII.

PRIAPISME.

Pour les mêmes motifs, cet article sera très court. Le *priapisme* est l'érection ermanente et douloureuse du pénis, sans désir d'exercer l'acte vénérien. C'est une ffection rare.

Les *causes* sont locales, et tous les auteurs reconnaissent que cette maladie n'est is le résultat d'une affection cérébrale comme le satyriasis, mais une névrose des ganes génitaux causée presque toujours par l'irritation d'un organe voisin ou des arties constituantes du pénis.

Cette irritation est produite dans la vessie par une cystite, par la présence d'un lcul; dans le rectum, par les oxyures ou par une inflammation quelconque; dans canal de l'urèthre, par la gonorrhée ou un rétrécissement; dans le prépuce, par balanite, l'accumulation de la matière sébacée. Quelquefois cependant le priasme a lieu en l'absence de ces causes, et alors on l'a attribué à la continence ou ı contraire à l'onanisme, aux excès vénériens, aux écarts de régime, à l'abus des cooliques.

L'érection du pénis, telle que je l'ai indiquée, est le seul symptôme du priapisme.

Cette affection est beaucoup moins redoutable que le satyriasis, parce que ses uses sont plus faciles à combattre.

C'est dans la connaissance de ces causes qu'on trouve les indications du *traiteent*, et par conséquent les avoir signalées, c'est avoir indiqué au praticien la conlite qu'il doit tenir. Aussi me contenterai-je d'ajouter que les antiphlogistiques, saignée surtout dans les cas de pléthore, les émollients, les réfrigérants, les calants et les antispasmodiques sont les moyens qui conviennent dans les cas rares ı une cause locale ne peut être découverte. Dans les autres, rien de plus facile ıe le traitement.

Le docteur Debout (1), ayant employé avec succès la *lupuline* pour empêcher ı érections chez des malades affectés de blennorrhagie, pense que ce médicament urrait être également employé dans le satyriasis. C'est une médication qu'on peut sayer.

Dans un cas où il n'existait aucune cause appréciable, M. Velpeau (2) ne parıt à faire cesser cet état morbide qu'*en traversant les corps caverneux avec un tit trocart explorateur;* la ponction fut faite transversalement de droite à gauche, 3 centimètres environ de la base du gland; elle fut très douloureuse, mais prompment suivie de la disparition des accidents.

ARTICLE IX.

NYMPHOMANIE.

Tous les auteurs s'accordent à dire que la *nymphomanie*, qui a pour signe pripal une tendance immodérée au coït de la part de la femme, et qui, sous ce rap-

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, 15 octobre 1852.
(2) *Ibid.*

port, peut être comparée au satyriasis, n'est que la conséquence d'une lésion de l'intelligence. A ce titre, elle doit plutôt trouver place dans la description de la folie qu'obtenir une description à part. Aussi ne fait-on guère aujourd'hui que la mentionner dans les traités de thérapeutique. On conçoit bien que je ne dois pas entrer dans de plus grands détails que les autres auteurs.

Cette affection, qu'on a aussi nommée *fureur utérine*, n'est pas fréquente.

Elle peut être considérée comme un simple symptôme de folie ; mais on a cité des cas (1) dans lesquels des lésions physiques des organes génitaux ont été sa cause *déterminante*.

Un désir immodéré du coït étant le caractère principal de la nymphomanie, on conçoit facilement ce qui en résulte. La femme perd toute pudeur, provoque indifféremment tous les hommes, use quelquefois de violence envers eux, et peut même s'adresser aux animaux (Manget). Elle se livre publiquement à la masturbation, et cela principalement dans le but d'exciter les désirs des hommes qui sont en sa présence. En même temps elle manifeste ordinairement, par d'autres symptômes (érotomanie, accès de fureur, etc.) le désordre de son intelligence.

Cette affection, considérée comme nous le faisons ici, est presque toujours incurable.

S'il existe des lésions des organes sexuels, le *traitement* peut avoir quelque efficacité en les faisant disparaître. C'est ainsi qu'on a vu des nymphomanes guéries par l'*excision du clitoris* trop développé, par la cure d'une *dartre* des parties sexuelles, par la disparition des *oxyures*, etc.

Dans les cas où une trop grande continence est la cause de cette affection, le mariage peut procurer la guérison, qu'on a vue survenir à la suite d'une grossesse ou de l'établissement des règles.

CHAPITRE II.

NÉVROSES DE LA SENSIBILITÉ.

Sous cette dénomination, nous comprenons toutes les affections uniquement caractérisées par des troubles de la sensibilité, troubles qui consistent en une *augmentation*, une *diminution* ou une *perversion* de cette faculté.

Telles sont la *céphalalgie*, la *migraine*, les *névralgies*, la *paralysie de la sensibilité*, l'*hyperesthésie* et l'*anesthésie*.

ARTICLE Ier.

CÉPHALALGIE NERVEUSE, CÉPHALÉE.

Aujourd'hui que le diagnostic des diverses affections douloureuses de la tête a été perfectionné, on rencontre beaucoup moins de ces cas dans lesquels il existe une céphalalgie de plus ou moins longue durée qu'on ne peut rapporter à aucune des affections connues, et qu'on est obligé de regarder comme idiopathique. Dans

(1) Voy. Esquirol, *Des maladies mentales*. Paris, t. II, p. 32.

s cas de céphalalgie opiniâtre ou passagère, on trouve une affection cérébrale, ou brile, ou syphilitique, ou une névralgie, etc., qui rend parfaitement compte de symptôme. Et si quelquefois on n'a pu remonter à la source du mal, il est peris de supposer que l'investigation n'a pas été faite avec assez de soin, car on ne ouve pas un seul cas où l'on puisse affirmer que la douleur de tête est indépenante d'une des causes que je viens de mentionner.

On conçoit dès lors que je ne dois pas entreprendre la description d'une maadie dont l'existence peut être si légitimement mise en doute. Je me bornerai à re que l'on donne le nom de *céphalalgie nerveuse* aux douleurs de tête, qui 'ont pas le caractère de la migraine et qui ne paraissent pouvoir s'expliquer, ni ar une névralgie, ni par un rhumatisme des muscles du cou et de la tête, ni par ne congestion, ni par toute autre lésion organique; et que, si cette céphalalgie evient habituelle, on la désigne sous le nom de *céphalée*. Le *traitement* est celui es douleurs nerveuses et des névroses que j'aurai si souvent à exposer dans les rticles suivants.

Quant à la céphalalgie et à la céphalée qui surviennent dans le cours d'autres aladies, elles ne sont que de simples symptômes, qui ont été ou qui seront appréiés à leur place, et que je ne dois pas étudier ici d'une manière spéciale, car leur escription est du domaine de la pathologie générale.

ARTICLE II.

MIGRAINE.

[*Hémicranie* (*hemicrania*), par corruption *migraine*, signifie au propre, douleur ccupant la moitié de la tête; ce mot, par extension, a été appliqué à une maladie péciale que les anciens ont peu connue. Alexandre de Tralles (1) en a le prenier donné une description. Parmi les modernes, Sauvages (2) a classé cette maadie, dont il reconnaît dix variétés. Tissot (3) a traité de la migraine. De nos ours, M. Piorry (4) et M. J. Pelletan (5) ont ajouté à nos connaissances en ce qui oncerne cette maladie.

§ I. — Définition.

La migraine est une maladie de courte durée, et le plus souvent sans gravité, ériodique, sans régularité et caractérisée par un malaise général avec céphalalgie ntense; cette céphalalgie, dont le siége est souvent limité à une région et non à la otalité de la tête, est le phénomène le plus constant de la migraine.

§ II. — Division.

Il serait facile de reconnaître un grand nombre de variétés de migraines, suiant l'ensemble des symptômes généraux, ou d'après le symptôme prédominant,

(1) *De arte medica.*
(2) *Nosologie méthodique.*
(3) *Des nerfs et de leurs maladies* (*Œuvres complètes*, Paris, 1818).
(4) *Mémoire sur la migraine.*
(5) *De la migraine et de ses divers traitements.* Paris, 1843, in-8.

ou d'après le siége principal de la douleur céphalique ou faciale, ou d'après la cause. Quelques modernes se sont livrés, à cet égard, à des efforts de classification qui n'ont pas donné de résultat avantageux. Telle est la division de Sauvages, qui reconnaît dix variétés de migraine : 1° *ocularis*, 2° *odontalgica*, 3° *sinus*, 4° *coryza*, 5° *hæmorrhoidalis*, 6° *clavus*, 7° *purulenta*, 8° *ab infectis* 9° *nephralgica*, 10° *lunatica*. M. Pelletan (1) reconnaît quatre variétés de migraine : 1° *stomacale*, 2° *irienne* (Piorry), 3° *utérine*, 4° *pléthorique*. Les auteurs du *Compendium* ont introduit dans la division de cette maladie un ordre plus méthodique et plus rationnel, en admettant une *migraine idiopatique* et une *migraine symptomatique*, cette seconde variété, n'étant qu'un symptôme, ne sera pas décrite ici.

§ III. — Symptômes.

Prodromes. — Le plus souvent l'accès de migraine est précédé de certains phénomènes prodromiques : sentiment de lassitude et d'engourdissement, courbature, douleurs vagues dans les membres, étourdissements, nausées, anorexie, sensibilité exagérée des organes des sens, palpitations de cœur, tristesse; parfois l'accès est précédé d'un frisson peu intense. La durée de ces prodromes est variable; il arrive parfois qu'ils se montrent peu à peu, soit spontanément, soit sous l'influence d'une des nombreuses causes déterminantes de la maladie, et que la migraine peut être prévue; d'autres fois le début est brusque ou inaperçu. Il arrive souvent que la migraine, qui probablement s'est préparée pendant le sommeil, se montre avec toute son intensité dès le réveil.

Début. — Le symptôme le plus constant, *la douleur*, est aussi celui qui se montre le premier. Son siége est toujours à la tête, et quelquefois s'étend à la face. Cette douleur occupe quelquefois toute une moitié de la tête, ce qui justifie l'expression d'*hémicranie*. Le plus souvent elle est limitée à une région peu étendue, soit à l'occiput ou au sommet de la tête, à la région temporale, frontale, sus-orbitaire; elle s'étend parfois à toute la tête, ou bien, après avoir occupé un côté, elle s'empare assez fréquemment de l'autre. Les organes des sens en sont fréquemment le siége; cette douleur affecte quelquefois le même siége et les mêmes manifestations que la névralgie trifaciale ou que le tic douloureux de la face.

Caractères de la douleur. — Rien n'est plus variable que les manifestations douloureuses de la migraine, elles peuvent cependant se rapporter à un certain nombre de types. La douleur diffuse de la tête, avec vertiges, hallucination des sens, sorte d'ivresse douloureuse, en est une des formes les plus habituelles. Le malade ne saurait faire aucun mouvement sans éprouver un malaise des plus pénibles; l'immobilité, l'obscurité, le silence, lui conviennent surtout; dans presque tous les cas, on ressent des battements douloureux dans le crâne, et chaque systole ranime la douleur. La sensibilité du cuir chevelu est souvent tellement vive, qu'elle est exaspérée par le moindre dérangement des cheveux. La description de ces diverses douleurs est faite ainsi qu'il suit par les auteurs du *Compendium* : « Il semble à l'un qu'on lui perfore la tête avec une vrille, ou qu'on la lui brise avec un marteau; à l'autre qu'on y darde incessamment des pointes acérées ou qu'on exerce des tractions à l'aide de tenailles; celui-ci croit sentir un étau qui rappro-

(1) *Loc. cit.*

he l'une de l'autre les régions temporales; celui-là, au contraire, croit que les utures du crâne vont céder à une force intérieure, etc. Au milieu d'un tel paroxysme, la lumière, le bruit, tout ce qui environne le malade, devient insupportable, etc. »

Les hallucinations des sens sont chose fréquente. L'hyperacousie a lieu souvent t l'œil est le siége de sensations perverties et douloureuses sur lesquelles M. Piorry attiré l'attention. « Au moment de l'invasion, dit cet auteur, la vue est moins ette, on éprouve une sensation très analogue à l'éblouissement; il semblerait u'un nuage se manifeste au centre de l'image qui se peint sur la rétine; peu à eu le point terne qu'on observait s'étend, bientôt se dessine autour de l'espace bscurci un arc de cercle lumineux, coloré chez quelques-uns, pâle chez d'autres, sposé en zigzag, agité par une sorte d'oscillation continuelle. » Ces phénomènes ubjectifs peuvent varier à l'infini.

L'intensité de la douleur est très variable, non-seulement chez les divers sujets, ais encore chez un même individu, dans des accès différents. Quelquefois légère, le permet au malade de continuer ses occupations; d'autres fois elle est si vive ue le moindre travail est impossible.

Des sensations particulières se joignent aussi parfois à la douleur proprement te; ainsi des sujets éprouvent une espèce de frémissement dans le cuir chevelu, e petits frissons locaux. D'autres ont parfois la sensation d'un liquide brûlant ou oid dans un côté du crâne.

Nous avons eu occasion maintes fois de dire combien il est important de distinuer la douleur spontanée de la *douleur à la pression*. Ces deux espèces de douur doivent être recherchées dans la migraine. En général, par la pression, on ne onstate qu'une augmentation de sensibilité occupant tout un côté de la tête, ou ute la tête; mais, dans quelques cas, cette exaltation de la sensibilité est telle qu'il uffit de promener le doigt sur le cuir chevelu pour produire une douleur assez ve, et dans d'autres, ce qui est bien plus important à noter, on trouve les mêmes oints douloureux que dans les névralgies trifaciale et cervico-occipitale.

Les yeux, dans les cas les plus violents, sont sensibles à la lumière, mais ils e sont pas injectés et larmoyants comme dans la névralgie trifaciale franche. n n'observe pas non plus de phénomènes locaux du côté des narines et de la ouche.

On a signalé, dans quelques cas, des mouvements convulsifs, le plus souvent à la ce et d'un seul côté.

Troubles de l'estomac. — Le phénomène le plus constant après la céphalalgie t le vomissement. Le malade vomit souvent un liquide âcre et amer, qui n'est utre qu'un produit de sécrétion gastrique et biliaire; mais comme il arrive souent que la migraine s'oppose à la digestion, ou a eu pour cause déterminante un pas, il n'est pas rare que les malades vomissent des matières alimentaires. Les forts de vomissement ajoutent encore à la céphalalgie et sont très redoutés par les alades, surtout lorsqu'ils surviennent au début ou pendant le cours de l'accès; pendant les vomissements sont souvent précurseurs de la terminaison de l'accès amènent un soulagement dans la souffrance.

Un phénomène morbide assez fréquent, ce sont les palpitations de cœur. Le alade ne peut faire un mouvement sans que le cœur batte avec force et quelque-

fois tumultueusement; ce symptôme est un des plus pénibles, les mouvements du cœur retentissant douloureusement dans la tête.

Symptômes généraux. — L'intensité de la douleur et la prostration, l'expression troublée de la face sont en disproportion avec la bénignité de la maladie. La fièvre, lorsqu'elle existe, est modérée, et souvent la fréquence du pouls est grande sans qu'il y ait une élévation marquée dans la température de la peau. Le pouls est généralement petit, serré et fréquent.

L'accès se termine peu à peu, et cette terminaison est précédée, dans la plupart des cas, de certains phénomènes auxquels on pourrait donner le nom de critiques. Le plus souvent ce sont des vomissements, une sueur légère, le retour des urines ou des garderobes qui, en général, sont supprimées pendant l'accès. D'autres fois c'est l'humidité des narines et une sorte de flux nasal, ou une sécrétion considérable de mucus buccal ou pharyngien.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La migraine est une affection essentiellement intermittente. Les accès sont, en effet, séparés par des intervalles très variables quant à leur étendue, mais dans lesquels les malades recouvrent toujours complétement leur état de santé habituel. Le nombre des accès peut être de trois, quatre et plus par mois. Il peut n'en exister que trois ou quatre par an. Il est plus ordinaire d'en observer un tous les mois ou toutes les six semaines, mais il n'y a aucune règle fixe à cet égard. Chez certaines femmes la migraine se montre à toutes les époques menstruelles, et n'est dissipée que par l'apparition des règles. On a cité des cas de *migraine intermittente périodique*, mais on a fait observer que, dans la plupart, il était très probablement question de névralgies intermittentes.

La *marche des accès* mérite aussi une mention. Il est bien rare que la migraine se maintienne au même degré d'intensité pendant toute la durée de l'accès; la douleur, d'abord légère, va en augmentant jusqu'à son summum d'intensité, puis il y a des moments d'amélioration et d'exacerbation plus ou moins marqués, jusqu'à ce qu'enfin les symptômes commencent à décroître pour disparaître bientôt tout à fait.

Dans la *durée*, il faut considérer la durée de la maladie et la durée des accès. La *durée de la maladie* est longue; elle peut se prolonger pendant toute la vie. Le plus souvent les accès commencent à s'éloigner vers l'âge de quarante ans, pour disparaître vers soixante, mais il y a de nombreuses exceptions à cette règle. Ce qu'il y a de certain, c'est que la durée de la migraine est presque toujours d'un grand nombre d'années. La *durée des accès* est ordinairement de douze à vingt-quatre heures. Elle peut néanmoins ne pas dépasser une, deux et trois heures, ou bien se prolonger pendant deux et même trois jours; ces derniers cas sont les plus rares. Des circonstances très diverses peuvent abréger la durée des accès: ainsi une promenade, un spectacle attachant, un repas, et aussi l'usage de quelques moyens que j'indiquerai dans le traitement; mais jamais, ou presque jamais, on ne peut tirer de ces circonstances une règle sûre pour l'avenir, c'est-à-dire que ce qui, dans un accès, aura été très utile, peut être dans les autres complétement inutile, ou même augmenter les accidents.

La migraine n'a jamais une *terminaison* fatale. J'ai dit plus haut que vers l'âge de soixante ans on la voit disparaître; cependant il n'est pas très rare de la voir se prolonger au delà. La *terminaison des accès* a lieu ordinairement pendant le sommeil de la nuit. Au réveil, les malades se trouvent complétement revenus à leur état normal, ou ne conservent qu'un peu de fatigue et de lourdeur de tête qui se dissipent bientôt. D'autres fois la migraine se dissipe au milieu du repas, ou dans d'autres circonstances déjà mentionnées.

Accès considéré d'une manière générale. — Il résulte de ce qui précède que lorsque les malades sont atteints d'un violent accès de migraine, ils sont obligés de rester couchés, immobiles, loin du bruit, de la lumière; qu'ils demandent qu'on les laisse absolument tranquilles, et cherchent le sommeil, qui, tant que l'accès dure, est incomplet, pénible et entrecoupé. Lorsqu'ils veulent se lever, ils éprouvent des étourdissements, des horripilations, et sont forcés de se recoucher promptement.

Dans d'autres cas, au contraire, la douleur n'empêche ni les mouvements, ni le travail, et entre ces deux extrêmes il y a des nuances à l'infini.

§ V. — Causes.

La migraine idiopathique est une névrose héréditaire, et sans vouloir l'assimiler à l'asthme et à d'autres névroses convulsives, on ne peut s'empêcher néanmoins de reconnaître qu'elle se transmet comme ces maladies. On a même observé la migraine survenant chez des asthmatiques et semblant tenir lieu d'un accès d'asthme. La migraine paraît aussi survenir assez fréquemment chez les hystériques. Beaucoup d'auteurs ont vu dans la migraine une des manifestations de la diathèse rhumatismale ou goutteuse.

Le sexe a une influence sur la production de la migraine et les femmes y sont plus sujettes que les hommes.

L'âge a également une influence sur cette maladie, que l'on observe plutôt dans la jeunesse et l'âge adulte que dans la vieillesse.

Les causes déterminantes de la migraine sont nombreuses. Il faut citer en première ligne les écarts de régime, les troubles des fonctions digestives. La migraine gastrique (*a stomacho læso*) est certainement une des plus fréquentes. L'irrégularité dans les repas la détermine souvent. L'influence de l'insolation est évidente; et pour beaucoup de personnes une promenade au soleil, principalement au printemps, lors des premières chaleurs, est une cause presque certaine de migraine.

La fatigue des yeux ou des oreilles, l'insomnie, les excès de tout genre peuvent déterminer la migraine.

§ VI. — Diagnostic, pronostic

Le diagnostic de la migraine n'offre pas, en général, de difficulté. La rapidité de l'accès, l'habitude, les symptômes précurseurs, la modération des symptômes généraux, ne peuvent guère tromper le médecin. Cependant on pourrait être induit en erreur par une céphalalgie rhumatismale ou hystérique, chlorotique, ou au contraire congestive, ou par cette douleur de tête qui précède l'évolution de certaines fièvres éruptives; mais on ne pourrait se tromper que pendant quelques

heures, et les symptômes généraux et locaux ne tarderaient pas à se dessiner si nettement dans un cas, et à s'effacer si rapidement dans l'autre, que toute cause d'erreur disparaîtrait.

§ VII. — Traitement.

Il n'y a pas de traitement spécifique de la migraine idiopathique, et comme cette maladie revient par accès, on ne saurait en tout cas s'attaquer qu'à l'accès lui-même et non à la diathèse qui en provoque le retour. Le premier soin du médecin doit être de déterminer la véritable nature de la migraine et d'en rechercher la cause. Nul doute que si la migraine procède d'un embarras des premières voies, on ne puisse y porter remède par un vomitif, que si l'on a lieu de penser que la maladie se représente à des intervalles égaux et avec une intermittence réglée il ne faille avoir recours au sulfate de quinine; que l'on soit bien venu à donner des toniques ou des antispasmodiques lorsque la migraine se produit sous l'influence de l'hystérie ou de la chlorose.

L'hygiène est appelée à jouer un grand rôle dans le traitement préventif de la migraine, et comme il n'est pas douteux que les excès de toute nature, la fatigue, l'irrégularité des repas, l'insomnie ne soient souvent des causes déterminantes de la maladie, il est évident que le médecin devra s'occuper spécialement du régime et de la manière de vivre.

Nous donnons ici l'indication de quelques-uns des remèdes les plus usités contre les accès de migraine :

La *belladone* a été prescrite à l'intérieur et à l'extérieur par plusieurs auteurs (Fleck, Stosch, etc.). M. Piorry a recommandé les frictions belladonées sur les paupières, dans la migraine particulière qu'il a décrite, et qui est la plus rare. Il en résulte une dilatation de la pupille qu'il ne faut pas porter trop loin.

Je citerai, en outre, la *jusquiame*, le *datura stramonium*, l'*aconit*.

On a recours fréquemment aux *antispasmodiques*. Hufeland vante la préparation suivante dans l'espèce de migraine qu'il appelle *hystérique :*

℞ Teinture d'écorce d'orange... 8 gram.	Teinture d'aloès............ 4 gram.
de castoréum...... 4 gram.	

Mêlez. Dose : soixante gouttes, deux fois par jour.

Selon Schneider, il suffit de prendre les gouttes suivantes pour dissiper les accès de migraine :

℞ Huile de valériane....... 1,25 gram.	Éther acétique............ 15 gram.

Mêlez. Dose : de dix à quinze gouttes toutes les heures.

Je citerai ensuite les lotions de *cyanure de potassium* recommandées par MM. Trousseau et Bonnet, et dont M. Munaret (1) a fait usage avec succès. En voici la formule :

℞ Cyanure de potassium................... de 0,10 à 0,50 gram.

(1) *Gazette médicale de Paris*, juillet 1835.

Faites dissoudre dans :

Alcool, éther ou eau distillée.................... 30 gram.

Imbibez de cette solution des compresses qu'on applique sur la tête, et principalement sur le front. Renouvelez-les lorsqu'elles sont sèches.

M. J. J. Cazenave (1) incorpore le cyanure de potassium dans une pommade et y ajoute du *chloroforme;* il vante les bons effets de cette préparation qu'il formule ainsi :

Chloroforme pur........... 12 gram.
Cyanure de potassium....... 10 gram.
Axonge récente............ 60 gram.
Cire...................... Q. s. pour obtenir la consistance d'une pommade.

En prendre le soir en se couchant gros comme deux œufs de pigeon, en enduire rapidement les cheveux en tous sens et recouvrir la tête d'un bonnet de taffetas ciré.

Il faut continuer ce moyen quelque temps après la disparition des douleurs.

Beaucoup de personnes réussissent à calmer les douleurs de la migraine en appliquant simplement sur le front des compresses trempées dans l'*eau froide*, dans l'*eau de Cologne*, dans l'*eau vinaigrée*, et mieux encore dans l'*éther* qui, en se vaporisant, produit une réfrigération rapide.

Un *vomitif* a eu fréquemment pour résultat de faire avorter un accès. J'en ai vu un exemple remarquable.

M. Tavignot (2) a employé un moyen bien simple qui, dit-il, lui a parfaitement réussi dans plusieurs cas. Ce moyen consiste à *respirer largement et très vite pendant quelques minutes;* s'il n'y a que du soulagement, après quelques instants de repos, on recommence la même manœuvre. M. Tavignot fait remarquer que dans les cas où la douleur est due à une névralgie, cette médication a échoué.

Moyens divers. — Enfin il faut citer l'*acétate d'ammoniaque* (30 à 40 gouttes dans une tasse de tilleul), l'*hydrocyanate de fer* (Hosack), le *deutochlorure de mercure* (Martin), à très petites doses; l'*huile de foie de morue* (Wenzel), le *poivre*, l'*aimant*, le *chloroforme*, etc.

Une remarque à faire sur l'emploi de ces médicaments, c'est qu'ils n'ont de chances réelles de succès que lorsqu'on peut les administrer pendant les prodromes ou au début de l'accès; plus tard il est bien rare qu'ils ne soient pas inutiles. On n'est en outre appelé à les employer que dans les cas de migraine très violente ou très fréquente. Dans toute autre circonstance, les malades aiment mieux laisser passer l'accès, en se contentant de prendre quelques précautions générales, d'autant plus que souvent ils ont essayé vainement ces moyens thérapeutiques. Ces précautions générales sont les suivantes, lorsque l'accès est très violent :

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES.

Les malades doivent se placer dans un lieu obscur.

Se tenir loin du bruit et du mouvement.

(1) *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, 1er mai 1852.
(2) *L'Observation*, mai 1850, et *Bulletin gén. de thérap.*, 15 juin 1850.

Garder l'immobilité.
Éviter les odeurs fortes, les émotions morales.
Maintenir la chaleur des pieds.
Prendre des lavements pour éviter les efforts de la défécation.
Du reste, toutes ces précautions sont prises instinctivemen par les malades.

ARTICLE III.

NÉVRALGIE EN GÉNÉRAL.

En quelque point du corps que se manifeste la névralgie, elle a des caractères généraux et communs assez multipliés pour qu'il soit important de l'envisager d'une manière générale. On évite par là un assez grand nombre de répétitions.

L'affection qui mérite le nom de névralgie a été connue dès les premiers temps de la médecine, puisque la névralgie sciatique est déjà mentionnée dans les écrits d'Hippocrate. Mais on n'avait, sur ces maladies, que des notions très vagues, jusqu'à ce que Cotugno eût publié son histoire de la sciatique. La névralgie trifaciale était moins bien connue encore avant qu'André eût fait connaître ses observations.

Chaussier était l'auteur qui, avant ces derniers temps, s'était occupé avec le plus de succès des névralgies en général ; après lui, des travaux intéressants ont été publiés sur plusieurs points de l'histoire de ces affections, et, en 1841 (1), l'étude atttentive d'un nombre considérable de faits m'a fait obtenir plusieurs résultats nouveaux que je ferai connaître dans le cours des articles qui vont suivre. Je ne pourrai néanmoins le faire que d'une manière succincte et sous forme de résumé, et je serai obligé de renvoyer, pour les détails, à l'ouvrage que je viens de citer.

§ I. — Définition, synonymie.

D'après les faits que j'ai analysés, j'ai cru devoir définir ainsi qu'il suit la névralgie : La névralgie consiste dans une douleur plus ou moins violente, ayant son siége sur le trajet d'un nerf, et disséminée par points circonscrits : véritables foyers douloureux d'où partent, par intervalles variables, des élancements ou d'autres douleurs analogues, et dans lesquels la pression, convenablement exercée, est plus ou moins douloureuse.

Cette définition est aujourd'hui généralement adoptée, les observateurs ayant pu vérifier l'exactitude des caractères que j'ai assignés à l'affection. Une seule objection m'a été faite : on m'a reproché d'avoir séparé les névralgies des *viscéralgies*. Je l'ai fait, non, comme on a paru le croire, parce que j'ai regardé ces affections comme étant de nature différente, car j'ai dit, au contraire (2) que je les crois de nature identique ; mais parce que, sous le rapport des symptômes et du traitement, les névralgies présentent des particularités importantes, et qu'elles forment un groupe pathologique bien distinct. Après cette explication, je crois devoir persister.

(1) *Traité des névralgies ou affections douloureuses des nerfs*. Paris, 1841, in-8.
(2) *Traité des névralgies*, p. 103.

ssier a désigné sous le nom de *névralgie* l'affection qui nous occupe; cette ıation a été généralement adoptée, et ce n'est que dans les névralgies, en er, que nous trouvons des noms différents, tels que *tic douloureux*, *scia-* :c.

évralgies sont des affections *très fréquentes*, et, depuis qu'on les recherche s de soin, on en découvre un très grand nombre qui passaient inaperçues; que nous voyons en particulier pour la névralgie intercostale.

§ II. — Causes.

sserai rapidement sur l'étiologie des névralgies en général, parce que l'étude es se présentera à propos de chaque névralgie en particulier (1).

1° Causes prédisposantes.

— C'est de vingt à cinquante ans que se montre le plus grand nombre des ies. Vient ensuite la période de cinquante à soixante. Avant l'âge de dix ans, ection est extrêmement rare.

— D'après les faits que j'ai observés, la névralgie, considérée d'une générale, se produit à peu près aussi souvent chez la femme que chez e; mais, dans certaines névralgies, nous verrons la proportion bien diffé- iivant les sexes : c'est ainsi que la femme est bien plus sujette à la névralgie ıtercostale, et l'homme à la névralgie sciatique. Dans les faits que j'ai obser- névralgie a été, avant l'âge de trente ans, plus fréquente chez la femme; ıverse qui a été noté après cet âge.

aits ne nous ont pas appris que la *constitution* ou le *tempérament* eussent uence réelle sur les névralgies. Il en est à peu de même relativement à *tion*, à la *nourriture*, à la *profession*. De nouvelles recherches sont néces- ır ces différents points, de même que sur l'influence des climats, des ha- etc. Cependant l'influence des *saisons* peut nous faire, jusqu'à un certain réjuger celle des climats. J'ai trouvé, en effet, que les deux tiers des cas analysés se sont montrés dans les saisons les plus froides de l'année.

2° Causes occasionnelles.

froidissement prolongé est, de toutes les causes occasionnelles, celle qui a statée le plus souvent. Rarement on voit la maladie se développer immé- nt après la *suppression des règles*, ou dans un *mouvement brusque*. Quel- une *contusion* sur le trajet du nerf produit la maladie. Depuis la publication ouvrage, j'en ai observé un exemple remarquable, que je rappellerai à ın de la *névralgie trifaciale*. Le plus souvent on *n'a pu découvrir la cause nnelle* de la névralgie.

§ III. — Siége de la maladie; points douloureux.

ıit, d'après les recherches modernes, que la névralgie, telle que je l'ai dé- 'occupe que les nerfs sensitifs, et principalement les parties les plus super-

(1) V., pour les détails, le *Traité des névralgies*.

ficielles de ces nerfs. Il en résulte des *points douloureux*, dont j'aurai à parler longuement. Je me contente maintenant d'indiquer d'une manière générale les points occupés par la douleur suivant une loi qui ne souffre qu'un petit nombre d'exceptions. Voici comment je me suis exprimé sur ce point (1) : « Les foyers douloureux... se trouvent placés dans quatre points principaux du trajet des différents nerfs : 1° *au point d'émergence d'un tronc nerveux :* ainsi à la sortie des trous sus- et sous-orbitaires, etc.; 2° *dans les points où un filet nerveux traverse les muscles pour se rapprocher de la peau dans laquelle il vient de se jeter :* ainsi les parties dans lesquelles se rendent les nerfs spinaux, etc.; 3° dans les points où les rameaux terminaux d'un nerf viennent s'épuiser dans les téguments : ainsi à la partie antérieure des nerfs intercostaux, etc.; 4° enfin, *aux endroits où des troncs nerveux deviennent très superficiels :* par exemple, celui où le nerf péronier contourne la tête du péroné. Parmi ces points, ceux qui sont le plus fréquemment et le plus violemment atteints, sont les points d'émergence.

Quelques auteurs ont avancé que les nerfs du mouvement, comme le nerf facial, pouvaient être affectés de névralgie. Nous verrons, en parlant de la névralgie trifaciale, que cette opinion n'est pas fondée.

§ IV. — Symptômes.

C'est surtout dans les symptômes qu'on trouve la plus grande ressemblance entre les diverses névralgies. Il n'y a que quelques particularités suivant le nerf affecté, et, par conséquent, il importe de tracer ici avec quelques détails un tableau symptomatique général.

Début. — C'est une opinion très généralement répandue que le début de l'affection est très souvent brusque. Or cette opinion n'est pas exacte. Dans les six septièmes des cas, en effet, la névralgie se développe graduellement, mais d'une manière plus ou moins rapide. C'est d'abord une pesanteur, une douleur sourde, une chaleur, en un mot une sensation incommode; cette sensation douloureuse va ensuite en augmentant, et devient une douleur aiguë qui sera décrite tout à l'heure. Dans un septième des cas que j'ai observés, le début a été subit.

Symptômes. — La douleur est le principal et presque l'unique symptôme de la névralgie. Il importe dans cette affection, plus que dans toute autre, de distinguer la douleur spontanée de la douleur à la pression.

Douleur spontanée. — On doit distinguer deux espèces de douleur spontanée : la première est *continue*, la seconde *intermittente*. La *douleur continue* est celle qui a le moins fixé l'attention des auteurs; la plupart même en ont méconnu l'existence, et cependant elle a une importance réelle, car le médecin peut être appelé au moment où elle existe seule, et elle fait reconnaître le degré d'intensité et l'étendue du mal. Cette douleur, sans être violente, est très incommode; les malades la comparent ordinairement à une tension, à une pesanteur, à une pression forte, ou bien à la souffrance que produit une contusion. Il est bien rare que cette douleur disparaisse complétement dans l'intervalle des accès; d'après les recherches que j'ai faites depuis la publication de mon ouvrage, la névralgie trifaciale est l'espèce dans laquelle ce symptôme disparaît le plus complétement. Lorsque l'affection est

(1) Voy. *Traité des névralgies*, p. 681.

franchement intermittente, toute espèce de douleur cesse ordinairement dans l'intervalle des accès réguliers.

La *douleur intermittente* se montre sous forme d'élancements, de déchirements, de piqûres, ordinairement très aigus, durant très peu de temps et se reproduisant à des intervalles variables. Tantôt les malades n'en éprouvent qu'un ou deux en un quart d'heure, et tantôt ils les sentent renaître plusieurs fois par minute. Ce sont toujours les douleurs lancinantes qui caractérisent les *accès* de névralgie, et c'est pourquoi on y a eu presque exclusivement égard. Dans les névralgies bien caractérisées on voit, en effet, ces élancements se reproduire à des intervalles très rapprochés pendant un temps qui varie entre quelques minutes et plusieurs heures, et alors les malades sont dans une anxiété très grande, jusqu'à ce que le calme se rétablisse peu à peu et parfois brusquement. Puis, au bout d'un temps plus ou moins long, la même série de phénomènes se reproduit. Mais je reviendrai sur ce point en parlant de la marche de la maladie.

Ces élancements ont une violence très diverse suivant les cas. Les malades les comparent à des tiraillements, à des arrachements, à des piqûres. Quelques-uns parlent d'une commotion électrique; d'autres éprouvent un sentiment de brûlure, etc.

Ce qu'il y a de remarquable dans ces élancements, c'est qu'ils ont aussi des *foyers* d'où ils partent parfois pour se porter d'un point à un autre, tandis que parfois aussi ils restent fixes dans ces foyers, se produisant à la fois dans plusieurs points du trajet du nerf souvent très éloignés l'un de l'autre, par exemple la hanche et le pied dans la sciatique. Or ces foyers douloureux sont précisément les points circonscrits que la pression fait découvrir et dont il va être question tout à l'heure. Il est vrai de dire néanmoins que, soit que les malades n'aient pas noté ces points avec assez d'attention, soit que réellement l'élancement n'ait pas de point de départ fixe, un peu plus de la moitié des sujets se contentent d'indiquer d'une manière générale le trajet du nerf comme étant le siége des élancements.

Dans les cas où les élancements se portent d'un point à un autre en parcourant une certaine étendue du nerf, la direction n'est pas toujours la même; cependant il résulte de l'étude des faits qu'ils suivent dans une très grande proportion des cas le trajet du filet nerveux affecté. Assez rarement ils ont une direction contraire, et l'on a voulu, avec cette particularité déjà signalée par Cotugno, faire une espèce particulière de névralgie, sous le nom de *névralgie ascendante;* mais cette distinction n'a aucune importance. Je suis, au reste, entré à ce sujet dans d'assez grands détails dans mon ouvrage, auquel je renvoie le lecteur.

Douleur à la pression. — Avant que j'eusse publié mes recherches sur les névralgies, c'était une opinion générale que la pression exercée sur les nerfs affectés de ces maladies n'occasionne pas de douleur; on disait même que par elle on calmait le plus souvent la souffrance existante. Quelques auteurs, en présence de certains faits, avaient seulement avancé qu'une pression faible détermine une douleur qui disparaît sous une pression plus forte, ainsi que la douleur spontanée dont se plaint le malade. Or, voici ce que m'ont appris les faits : Une pression largement exercée, avec la paume de la main par exemple, n'exaspère pas ordinairement la douleur et la calme le plus souvent; mais *si l'on presse avec l'extrémité d'un ou de plusieurs doigts*, en suivant le trajet du nerf malade, on trouve un ou plusieurs points sur lesquels cette pression cause une douleur variable, souvent fort vive. Si

l'on presse de plus fort en plus fort, et toujours de la même manière, la douleur augmente, et devient insupportable même dans les cas où elle était d'abord légère; dans un grand nombre elle est tellement vive que les malades se soustraient à l'exploration par des mouvements très brusques, et en manifestant, par la contraction de leurs traits, une souffrance extrême. Mais, chose remarquable, il arrive assez fréquemment qu'après avoir exercé ainsi la pression, si on la renouvelle sur le point qu'on vient de trouver si douloureux, on constate qu'elle est devenue momentanément très supportable, ou même qu'elle n'est pas du tout douloureuse. Je reviendrai sur ce point en parlant du traitement; je me contente ici de faire remarquer que, sous ce rapport seul, la pression exercée sur une petite surface peut être regardée comme calmant la douleur pour un temps ordinairement très court.

Par la pression exercée comme je viens de le dire, non-seulement on exaspère la douleur continue mentionnée plus haut, mais encore on produit assez souvent des élancements en tout semblables à ceux qui se produisent spontanément.

A l'aide de la pression, on reconnaît l'existence, l'étendue et le degré de sensibilité des *points douloureux*. Ceux-ci sont parfois nombreux et rapprochés sur le trajet du nerf, d'autres fois on n'en trouve qu'un petit nombre et très éloignés l'un de l'autre : ainsi, dans la *névralgie sciatique*, il peut n'en exister que deux, l'un à la hanche et l'autre au pied. Bien plus rarement on n'en trouve qu'un seul; mais ce sont des détails sur lesquels il sera beaucoup plus utile de s'appesantir dans la description de chaque névralgie en particulier. Les points douloureux peuvent n'avoir qu'un ou deux centimètres de diamètre; ordinairement néanmoins ils ont un peu plus d'étendue, et parfois ils occupent un espace grand comme la main et plus. Il est rare que tout le trajet du nerf soit douloureux, et lorsqu'il en est ainsi, on reconnaît encore l'existence des points douloureux, à la plus grande sensibilité que la pression réveille à leur niveau.

Souvent ces points douloureux sont si bien circonscrits, qu'à 1 ou 2 millimètres de distance, ici on détermine une douleur des plus vives, et là on ne trouve pas la plus légère sensibilité morbide.

C'est dans les points où se manifeste une douleur spontanée que l'on produit aussi la douleur à la pression; je n'ai trouvé qu'une seule exception à cette règle. Seulement il peut arriver que dans certains points la douleur à la pression ne se fasse pas remarquer, bien que le malade y éprouve une certaine souffrance.

Presque dans tous les cas, on voit que l'intensité de la douleur à la pression est en rapport avec celle de la douleur spontanée, au moins dans quelques points. Il y a néanmoins des exceptions à cette règle; mais ce qui prouve qu'elle a une importance réelle, c'est que : 1° l'affection ayant, comme je l'ai dit plus haut, des accès plus ou moins marqués, la pression devient sensiblement plus douloureuse pendant ces accès de douleur spontanée; 2° dans les cas où les paroxysmes sont très tranchés, cette douleur à la pression peut disparaître presque complétement dans les intervalles, et 3° enfin dans les cas où il y a une périodicité incontestable, la partie affectée devient ordinairement entièrement indolente pendant l'intervalle qu'on peut appeler intervalle d'apyrexie. Ce sont les névralgies trifaciales qui offrent le plus souvent ces particularités.

J'ai insisté sur la description de ce signe, parce que les faits que j'avais observés

:t ceux qui ont depuis passé sous mes yeux m'en ont fait reconnaître portance sous le rapport du diagnostic. Cette importance est extrême; les observateurs qui se sont occupés de cette question, et les auteurs uvrages ont récemment paru, ont-ils tenu grand compte de cette douleur ion niée ou méconnue avant ces dernières années. S'il en est qui aient doutes à cet égard, c'est que leur exploration n'a pas été bien faite, et ue dans les cas de douleur légère, ils n'ont pas comparé la sensation du côté sain et du côté malade dans les points correspondants.

rs causées ou exaspérées par divers actes du malade. — Les causes de ces sont variables, mais elles tiennent toutes à des mouvements plus ou moins des parties affectées. Ainsi, dans la sciatique, la *marche;* dans la névralgie l'*action de mâcher;* dans la névralgie intercostale, les *grandes inspira-ernument*, exaspèrent la douleur, et souvent de manière à rendre ces nts insupportables.

uelques cas particuliers, le *contact des corps chauds* ou *froids* produit le :t; mais c'est dans les névralgies en particulier que les détails de ce genre lace marquée.

:s des fonctions des organes qui reçoivent les nerfs affectés. — Il faut ralgie ait une assez grande intensité pour que ces symptômes se montrent. écessairement très divers, puisqu'ils doivent varier avec chaque espèce ;ie; ce sont des contractions involontaires des muscles, des crampes, des ou bien une sécrétion plus abondante de salive, de mucus, de larmes, etc. :eux que je viens d'indiquer, ces phénomènes seront plus avantageuse-iés à propos de chaque névralgie en particulier.

:rminer la description des symptômes, il me suffit d'ajouter que fré-t les malades présentent, dans d'autres parties du corps, des douleurs névralgiques, ou un peu plus rarement de nature rhumatismale; que ı tube digestif, il existe quelques troubles fonctionnels qui seront men-propos des névralgies trifaciales ou intercostales; que la fièvre n'est ja-hénomène appartenant à la névralgie elle-même, et que, dans un tiers des n, les femmes présentent un *trouble marqué de la menstruation.*

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

caractères les plus constants des névralgies est de se produire par *pa-* souvent très violents; je n'ai trouvé qu'une seule exception à cette règle, :s affections se montrent sous forme d'*accès périodiques* bien tranchés; 'il y a alors une *fièvre* intermittente larvée. Cependant je n'ai pas remar-les cas soumis à mon observation, les stades de la fièvre intermittente; cité seule était remarquable.

ıralgies peuvent disparaître spontanément en quelques jours, se dissiper e très peu de temps sous l'influence du traitement, ou au contraire per-longues années et être rebelles à tous les traitements. Dans ces derniers ont heureusement les plus rares, la maladie tourmente ordinairement les ıdant un temps variable, puis les laisse tranquilles pendant un temps peut pas préciser davantage, et qui est loin d'être toujours le même entre

chaque atteinte, et ainsi de suite, parfois jusqu'à la mort, causée par une autre maladie.

La *terminaison* est favorable dans la grande majorité des cas, même en ne tenant aucun compte de ces névralgies extrêmement légères, qui se dissipent en très peu de jours. J'ai trouvé que dans la neuvième partie des cas environ, les sujets n'ont été que notablement soulagés, et que dans la neuvième partie également, il n'y avait eu ni guérison ni soulagement marqué; tandis que dans les sept neuvièmes, la guérison avait été radicale. L'âge avancé, le haut degré de violence de la maladie, sa longue durée antérieure, sont les circonstances dans lesquelles on a observé le plus grand nombre de névralgies rebelles.

Les *récidives* sont on ne peut plus fréquentes dans les névralgies; mais leur fréquence varie trop suivant l'espèce de névralgie pour qu'il soit possible d'en donner une indication générale de quelque utilité.

§ VI. — Lésions anatomiques.

C'est vainement qu'on a voulu assigner aux névralgies des lésions anatomiques qui leur soient propres; nous verrons, en parlant de chacune de ces affections en particulier, que le gonflement, l'atrophie, le ramollissement, l'endurcissement des nerfs, etc., ont été signalés dans le très petit nombre de cas où l'on a cru trouver la lésion appartenant à la névralgie, et il suffit de signaler ces faits contradictoires pour montrer qu'aucune de ces altérations ne caractérise la maladie qui nous occupe, sans même invoquer les cas où l'investigation la plus attentive n'a rien fait connaître et qui sont les plus nombreux.

Cependant Chomel (1) professe que la névralgie n'est le plus souvent que le symptôme d'une lésion occupant des organes ou des tissus qui avoisinent ou que traverse le nerf affecté. C'est sans aucun doute parce que Chomel n'admet que des névralgies très intenses et très rebelles qu'il a émis une semblable opinion; car tous les jours on peut voir une multitude de névralgies siégeant dans des points où n'existe aucune espèce de lésion organique, et qui sont enlevées par les traitements les plus simples dirigés uniquement contre la douleur.

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

Je ne m'étendrai pas longuement sur le diagnostic, parce que, à propos de chaque névralgie, j'aurai à l'établir d'une manière bien plus précise, et par conséquent bien plus importante. Je me bornerai donc à rappeler ce que j'ai dit relativement à la distinction de la névrite et de la névralgie; à signaler les *névromes* dont le caractère distinctif est une tumeur, mais parfois assez petite pour demander une recherche attentive, puisque Béclard en a vu de la grosseur d'un grain de chènevis dans la peau; à mentionner le *rhumatisme musculaire*, dont les points de contact avec la névralgie sont très grands, comme je le ferai voir à propos des maladies des organes de la *locomotion;* à indiquer les *douleurs lancinantes du cancer*, qui se distinguent par les symptômes concomitants de la maladie principale, et les *viscéralgies* dans lesquelles les troubles fonctionnels de

(1) *Union médicale*, 24 janvier 1850.

gane occupent évidemmment la première place, et qui ne présentent pas de points loureux circonscrits et superficiels.

Pronostic. — Nous avons vu plus haut que la grande ancienneté du mal, l'âge acé du sujet et l'extrême violence de la maladie, sont des signes pronostiques vorables. Je n'ai rien à ajouter ici à ces faits.

§ VIII. — Traitement.

Dans un ouvrage de pratique, il serait déplacé de traiter avec de très grands ails les questions générales ; c'est pourquoi je parlerai ici du traitement de la nière la plus succincte possible, ne m'arrêtant qu'aux médications qui ont été posées comme très efficaces dans les névralgies, quel que soit leur siége.

Narcotiques. — J'ai dit (1) que l'on doit avoir peu de confiance dans les narcoues, quelle que soit la manière dont on les administre ; mais j'ai fait remarquer 'il ne fallait pas entendre cette proposition dans un sens tout à fait absolu. Les rcotiques, en effet, et surtout la *morphine* administrée par la méthode enderque, ont le très grand avantage de calmer presque immédiatement les douleurs, par conséquent, lorque l'affection a une très grande violence, on ne saurait se penser d'en faire usage.

Quelque temps après la publication de mon ouvrage, M. Rougier (2) fit contre un certain nombre d'observations sur le traitement par la morphine à haute e, et en tira la conclusion que cette médication est la plus utile dans le traitent des névralgies en général. Il faut ajouter toutefois que M. Rougier complète traitement par l'administration de la *strychnine*, et qu'il y a là, par conséquent, médication complexe ; mais il faut reconnaître aussi que la morphine tient la mière place, et c'est par conséquent ici le lieu d'examiner les faits cités par Rougier. Mais auparavant disons quelle est sa manière d'agir.

Lorsque l'existence de la névralgie est bien constatée, M. Rougier commence appliquer un, deux, ou trois *vésicatoires au marteau*, suivant le procédé de yor. On sait que pour appliquer ces vésicatoires, il suffit de laisser la tête n marteau plongée dans l'eau bouillante pendant quelques minutes ; puis la ant sur la peau, par son côté plane, on appuie en tournant rapidement, de mare à enlever l'épiderme. Les jours suivants, M. Rougier ajoute un ou deux icatoires aux précédents, de telle sorte que quand la névralgie est intense et ge un traitement un peu long, il en applique jusqu'à vingt, vingt-cinq et trente. r ces vésicatoires il dissémine le sel de morphine qu'il commence à administrer dose de 7 à 8 centigrammes ; puis il élève rapidement la dose, tant en augntant la quantité du médicament sur les vésicatoires déjà existants, qu'en en utant une nouvelle sur les surfaces qui viennent d'être dénudées ; et il ne craint d'arriver à 25, 30, 40 centigrammes par jour, et même à 60 si la douleur iste.

« Une fois la douleur éteinte dans tout le membre, pour consolider et assurer la re, nous continuons, dit M. Rougier (3), le remède en doses décroissantes, pour cesser tout à fait au bout de quelques jours… Mais, ajoute-t-il, la douleur dis-

(1) *Traité des névralgies.*
(2) *De la morphine administrée par la méthode endermique.* Lyon, 1843, in-8.
(3) *Loc. cit.*, p. 29.

parue, si la névralgie était ancienne ou si le traitement s'est prolongé, il reste dans le membre une faiblesse quelquefois assez grande pour empêcher la progression.. Conduit par l'analogie, nous avons combattu cet accident avec le plus grand succès par la *strychnine*..... et nous avons été conduit à trouver dans cet agent thérapeutique non-seulement le complément, mais encore la preuve de la guérison de la névralgie sciatique. »

Pour cette dernière partie de son traitement, M. Rougier administre la strychnine à l'intérieur, sous forme de *pilules d'un peu plus d'un demi-centigramme*, ou *d'un centigramme*, commençant par deux et augmentant la dose d'une pilule par jour pour les premières, et commençant par une pour augmenter également d'une par jour pour les secondes. Si, au bout de quelques jours, la motilité se rétablit sans douleur, la maladie est jugée guérie ; si la douleur reparaît, on recommence l'application de la morphine.

Si maintenant nous examinons les résultats thérapeutiques, en les comparant à ceux que l'on obtient par une autre méthode de traitement, les vésicatoires volants multipliés, par exemple, nous voyons que la douleur est plus promptement diminuée par la méthode endermique : résultat tout naturel. Quant à la durée du traitement, on voit qu'elle a été sensiblement plus longue dans les cas observés par M. Rougier. A quoi cela tient-il ? Est-ce à la plus grande violence des cas qu'il a cités ? Rien ne le prouve. A la plus grande ancienneté de la maladie ? Pas davantage. Il paraît plus que probable qu'on doit en accuser l'emploi de la strychnine. On voit, en effet, dans les observations citées par M. Rougier, des douleurs dissipées se réveiller sous l'influence de cette substance, de manière à exiger souvent plusieurs jours du traitement le plus actif. Faut-il en conclure, avec l'auteur, qu'il y aurait eu une récidive, si la strychnine ne l'avait pas provoquée ? C'est ce qui peut paraître très douteux. Ne voyons-nous pas, dans la convalescence du rhumatisme articulaire aigu, des mouvements intempestifs reproduire l'affection, qui, selon toutes les probabilités, n'aurait point reparu sans eux ? Et n'est-il pas permis de croire que la strychnine agit de la même manière dans la production des névralgies ? L'expérimentation me paraît incomplète, et, comme on le voit, le résultat n'a pas été satisfaisant sous le rapport de la durée de la maladie.

En somme, M. Rougier n'a pas, par sa méthode, obtenu de plus grands succès que par la méthode, beaucoup plus simple, des vésicatoires volants multipliés, ce qui porte à croire que dans son traitement ce sont précisément ces vésicatoires qui ont la plus grande part à la guérison.

Les douleurs ont été plus promptement calmées, je le répète, et c'est là une considération qui est loin d'être sans importance dans une maladie qui cause de si vives souffrances. Si donc cette médication n'avait aucun inconvénient, on pourrait l'adopter, tout en supprimant la strychnine, dont l'utilité n'est pas démontrée. Mais, en administrant des doses aussi fortes de sel de morphine, on produit nécessairement un narcotisme considérable, et, il faut le dire, parce qu'il s'agit ici de la vie des malades et de la réputation du médecin, M. Rougier a eu à déplorer la perte d'un sujet empoisonné par la morphine. Le malade, il est vrai, avait mangé sans l'avoir dit à personne, et cette circonstance, ainsi que le fait remarquer M. Rougier, a été, sans doute, la cause prédisposante de l'empoisonnement ; mais,

on le voit, il suffirait d'une imprudence du malade pour que le remède administré par le médecin lui donnât la mort, et quel est le praticien qui voudrait s'exposer à cet accident, quelque rare qu'il doive être? Évidemment les doses proposées par M. Rougier sont trop fortes, et, dans les cas même où l'extrême intensité des douleurs engagerait à avoir recours à l'application du sel narcotique, on devrait les réduire beaucoup, et se borner à employer deux, trois, quatre et cinq centigrammes, dose ordinairement suffisante. On n'en emploie davantage que dans des cas exceptionnels soumis à l'appréciation du médecin.

J'ai signalé un phénomène qui est quelquefois très remarquable à la suite de l'application d'un sel de morphine sur la peau dépouillée de son épiderme : ce sont des douleurs insupportables qui forcent les malades à arracher l'appareil. J'ai cité un cas de ce genre dans mon *Traité des névralgies*, et depuis j'ai été consulté par un médecin de la province, à qui l'on avait voulu faire de semblables applications pour une névralgie trifaciale, et qui souffrait à tel point, dès que l'action locale du sel se faisait sentir, qu'il se roulait par terre. Ces cas, il est vrai, sont rares; M. Rougier n'en a observé aucun, et, le plus souvent, la cuisson déterminée par le sel de morphine est assez facilement supportée, Elle ne dure guère que pendant un temps qui varie entre un quart d'heure et une heure; quelquefois cette durée est beaucoup plus courte. J'ai depuis connu la cause de ces vives douleurs. Elles sont dues à ce que les vésicatoires sont excités par la pommade épispastique. Par là s'explique l'absence de ces douleurs dans les cas de M. Rougier, où les vésicatoires étaient pansés simplement.

Inoculation de la morphine. — M. le docteur Lafargue (de Saint-Émilion) (1), a fait, de l'emploi de la morphine par la méthode endermique, la base du traitement; mais il ne se sert pas, pour la faire absorber, de la surface d'un vésicatoire, il a seulement recours à l'*inoculation*. On peut donc considérer le traitement comme simple. Par ce moyen, M. Lafargue a obtenu des succès très évidents et parfois très prompts; mais il est bien des cas qui résistent à ce mode de traitement, et l'on ne saurait le substituer aux vésicatoires et à la cautérisation transcurrente. Toutefois il ne faut pas le négliger; il peut rendre de grands services, surtout dans les névralgies qui occupent un siége où l'application des vésicatoires est difficile et insuffisante, la face, par exemple, sur laquelle nous ne sommes, d'un autre côté, appelés à pratiquer la cautérisation que dans des cas d'une intensité telle, que les malades ne sont plus arrêtés par aucune considération. L'inoculation, telle que la pratique M. Lafargue, m'a été très utile dans ces circonstances. Voici comment on agit :

On prend de 5 à 15 ou 20 centigrammes d'un sel de morphine, on le réduit en pâte très molle par l'addition d'une très petite quantité d'eau; on en charge la pointe d'une lancette ordinaire, et on l'introduit sous l'épiderme, comme dans une vaccination ordinaire, en ayant soin d'appuyer sur le point piqué avec l'index de la main gauche, avant de retirer la lancette, pour que le médicament reste dans la piqûre. On fait ainsi 10, 20, 30 piqûres sur toute la partie affectée, et l'on use la quantité de morphine que l'on a d'abord résolu d'user. On comprend bien que,

(1) *Des avantages de l'inoculation de la morphine* (*Bulletin général de thérapeutique*, t. XXXIII, 1847).

sur cette quantité, il n'y en a qu'une très petite portion qui soit absorbée. Les piqûres sont à peine douloureuses au moment où on les fait. Immédiatement après, il s'y produit le prurit légèrement cuisant, occasionné par la morphine, et le pourtour rougit à une certaine distance. Le lendemain, il n'en reste d'autres traces qu'un point rouge. Il faut pratiquer ces inoculations tous les jours, et même matin et soir, jusqu'à ce que la douleur soit dissipée.

Chloroforme. — M. Gaussail (1) a cité un cas dans lequel des douleurs sciatiques violentes ont été calmées par des *lavements contenant 4 grammes d'éther pour* 100 *grammes d'eau.* On peut remplacer l'éther par 10 *à* 20 *gouttes de chloroforme.* Ce moyen est facilement applicable à toutes les névralgies.

M. le docteur Barrier (2) a, de son côté, rapporté des faits qui prouvent que le *chloroforme* peut avoir de très bons effets dans le traitement des névralgies.

Le chloroforme a réussi, non-seulement en *lavements*, en *potions*, en *inhalations*, mais encore en applications locales, comme le démontrent les faits cités par M. le docteur Contal (de Vezelise) (3), et par plusieurs autres auteurs.

Cette précieuse substance ne doit donc pas plus être négligée dans cette maladie que dans beaucoup d'autres affections douloureuses. Mais, le plus souvent, il ne faut pas en attendre une guérison radicale ; elle produit seulement un grand soulagement et peut faire disparaître les accès.

Vésicatoires volants multipliés. — C'est le moyen que j'ai trouvé le plus promptement et le plus constamment efficace dans les névralgies. J'en parlerai à propos de chaque névralgie en particulier, et je me borne ici à renvoyer aux détails dans lesquels je suis entré ailleurs (4).

La *cautérisation par le fer rouge*, déjà appliquée par les Arabes, mais sans méthode, a procuré à M. Jobert (de Lamballe) des succès évidents. Ce chirurgien (5) emploie la *cautérisation transcurrente.* Le fer rouge est promené légèrement le long du trajet du nerf, et, pour me servir de l'expression de M. Jobert, *comme si elle ne faisait qu'effleurer une surface liquide.* Il en résulte une brûlure superficielle, dont la douleur est assez promptement calmée par l'application de compresses trempées dans l'eau froide, et qui, au bout de peu de temps, ne laisse plus aucune trace. Souvent il suffit de cautériser ainsi la surface de la peau qui recouvre le rameau nerveux principalement affecté, pour voir la douleur disparaître de tous les points qu'elle occupait. Quelquefois, au contraire, la douleur, abandonnant le point cautérisé, se réfugie dans les autres, et il faut l'y poursuivre à l'aide du même moyen ; parfois, enfin, on peut la faire disparaître dans une partie du nerf, tandis qu'elle persiste dans l'autre, au point d'exiger une nouvelle cautérisation. C'est ainsi que, dans la névralgie sciatique, par exemple, la cautérisation transcurrente, appliquée seulement le long de la cuisse, y fait cesser la douleur qui persiste dans la jambe, où l'on est obligé d'appliquer le même moyen au bout de trois ou quatre jours.

(1) *Journal de médecine de Toulouse* et *Journal des connaissances médicales*, juillet 1849.
(2) *Bulletin gén. de thérap.*, décembre 1848.
(3) *Journ. des connaiss. méd.-chirurg.*, août 1849.
(4) *Traité des névralgies*, et dans un *Mémoire sur le traitement des névralgies par les vésicatoires volants appliqués sur les principaux points douloureux* (*Arch. gén. de médecine*, 3ᵉ série, 1842, t. XIII, p. 336).
(5) Voy. *Études sur le système nerveux*. Paris, 1838, t. II, *passim*.

Le cautère actuel, je le répète, a une efficacité incontestable, et qui, d'après les faits connus, est supérieure à celle des vésicatoires; mais beaucoup de malades refusent de s'y soumettre, et c'est uniquement pour cela que les vésicatoires volants sont plus généralement employés.

Tel était l'état de la science lorsque j'ai publié la première édition de cet ouvrage; mais depuis la découverte de l'éthérisation, les choses ont bien changé. Les malades n'ont plus de motif de se refuser à cette opération, qui, la première douleur évitée, a infiniment moins d'inconvénients qu'un simple vésicatoire. Aussi reconnaissant que la cautérisation transcurrente est le moyen le plus puissant qui ait été opposé aux névralgies, n'ai-je plus hésité à en faire la base du traitement, et aujourd'hui je l'ai pratiquée plus de 150 fois avec un succès constant dans les névralgies simples.

Il importe donc beaucoup de faire connaître le *procédé opératoire* dans tous ses détails, et ces détails, je les emprunte à M. Notta (1) qui a recueilli, dans mon service à l'Hôtel-Dieu annexe, des faits qui ont servi de sujet à un mémoire fort intéressant.

CAUTÉRISATION TRANSCURRENTE.

« Chaque agent thérapeutique, on le sait, a une action qui varie, dit M. Notta, suivant son mode d'administration; de sorte que pour obtenir des effets constants d'un médicament il faut l'administrer d'une certaine façon qui doit toujours être la même. Aussi ai-je pensé qu'il était important de faire connaître dans tous ses détails la manière dont M. Valleix a employé le cautère actuel dans tous les cas qui font l'objet de ce travail.

» On place le malade dans une position convenable, pour que la partie sur laquelle on veut agir soit facilement accessible au médecin. Lorsque la cautérisation demande une grande précision, comme à la face, par exemple, il est bon de tracer à l'encre la ligne que doit parcourir le fer rouge; on évite ainsi toute hésitation au moment de son application. On soumet ensuite le malade aux inhalations éthérées, et dès que l'on constate que l'insensibilité est complète, on trace rapidement avec le cautère cultellaire rougi à blanc, sur le trajet du nerf, une ou plusieurs raies, suivant l'indication, comme nous allons le voir plus loin. Quoique le malade n'ait pas conscience de l'application du fer rouge, il pousse quelquefois des plaintes, d'autres fois il fait quelques mouvements involontaires qui gênent l'opérateur, et l'exposent à cautériser ailleurs ou plus profondément qu'il ne voudrait; aussi est-il prudent de faire maintenir le patient par des aides. Dès que la cautérisation est achevée, on applique des compresses imbibées d'eau fraîche sur le trajet de la raie de feu.

» Le cautère, en parcourant la surface de la peau, y dessine des lignes brunâtres produites par la désorganisation de l'épiderme. Dans certains points l'épiderme s'est collé au fer et a été enlevé de la surface du tégument; dans d'autres, il y est resté et s'est froncé. Il suit de là que la coloration de la raie n'est pas immédiatement la même dans toute son étendue, et qu'il y a des points où, au lieu d'être brune, elle

(1) *Traitement des névralgies par la cautérisation transcurrente* (*Union médicale*, 5, 12, 14 et 16 octobre 1847).

est seulement jaunâtre. Le lendemain les raies ont une teinte plus uniforme, d'un rouge brun obscur. Elles sont sèches ; la portion de la peau qui leur est contiguë est très légèrement crispée ; le malade ressent un peu de chaleur sur leur trajet ; les mouvements qui tendent la peau en ce point y causent une douleur, qui, du reste, est très supportable. Enfin, le surlendemain, quelquefois même dès le lendemain de la cautérisation, on voit tout le long des deux bords de la raie de feu un petit liséré rouge dont la largeur varie entre 2 ou 4 millimètres et un centimètre, et dans quelques points l'épiderme est soulevé par un peu de sérosité. Les jours suivants, le sentiment de chaleur se dissipe ; la tension de la peau cesse d'être douloureuse ; et au bout de cinq ou six jours, l'épiderme, ou plutôt une croûte brunâtre qui s'est formée, tombe sans suppuration, laissant une surface rouge, lisse, unie, dont la trace s'efface complétement à la longue. Si, pendant les jours qui suivent l'application du cautère, le malade accusait un sentiment de cuisson incommode au niveau de la raie de feu, on reviendrait à l'emploi des compresses imbibées d'eau froide ; mais, dans l'immense majorité des cas, il est inutile de recourir à ce moyen.

» La cautérisation, telle que l'a faite M. Valleix, a produit les effets que je viens de décrire. On voit d'après cela qu'elle est encore plus superficielle que ne la pratique M. Jobert, puisqu'elle ne détermine aucune ulcération et ne nécessite pas l'application des linges enduits de cérat employés par cet auteur.

» Si l'on cautérise trop profondément, la suppuration s'établit, et avant l'élimination de l'eschare produite et la guérison de l'ulcération il se passe un temps assez long ; de plus, on est exposé à avoir une cicatrice là où le cautère a passé. Mais ces inconvénients sont trop faciles à éviter pour qu'il soit utile d'y insister plus longtemps.

» Il ne faudrait pas croire que la profondeur de la raie de feu doive être en rapport avec l'intensité ou l'ancienneté de la maladie. Les faits m'ont démontré que la formation d'une eschare, et partant la suppuration, sont parfaitement inutiles.

» J'ai sous les yeux l'observation d'un malade affecté d'une sciatique rebelle, que des raies de feu telles que je viens de les décrire ont guéri, et qui n'avait point été soulagé par l'application de deux moxas, quoiqu'ils eussent été placés convenablement. Un autre malade que l'on cautérisa trop profondément fut délivré de ses douleurs névralgiques le quatrième jour ; mais, au bout de quinze jours, la raie de feu était encore en suppuration et lui causait de la douleur. Ainsi la guérison a été moins rapide dans ce cas que dans beaucoup d'autres chez lesquels la douleur disparaissait du jour au lendemain, quoique la cautérisation ait été tellement légère, qu'elle ne produisit pas de suppuration.

» Il résulte de ces faits que toute cautérisation profonde doit être proscrite.

» En effet, comme l'a démontré M. Valleix, dans les médications externes, c'est l'irritation superficielle du derme qui guérit les névralgies. N'est-ce pas là le mode d'action du vésicatoire volant ?

» Si dans quelques cas les vésicatoires pansés avec la morphine ont produit plus d'effet que ceux pansés avec le cérat simple, on peut se demander si la morphine n'a pas agi plutôt comme irritant que comme sédatif. En effet, le vésicatoire volant pansé avec du cérat simple est sec en trois jours ; pansé avec du cérat saupoudré de morphine, il devient parfois le siége de vives douleurs, sa surface s'irrite, et

il ne sèche qu'au bout de cinq ou six jours. Quant aux piqûres avec la morphine, elles déterminent une douleur assez vive et une irritation presque instantanée de la surface du derme, qui explique comment elles ont quelquefois calmé la douleur névralgique avant même que l'absorption ait pu avoir lieu. Leur action, dans ce cas, est exactement la même que celle des piqûres de sangsues et des ventouses scarifiées.

» L'électricité elle-même, qui compte quelques succès, agit peut-être d'une façon analogue. Les points au niveau desquels les pôles de la pile sont appliqués deviennent bientôt le siége d'une vive douleur; la peau rougit, les bulbes des poils font saillie; il y a irritation moins violente, il est vrai, que celle produite par le vésicatoire; mais on conçoit qu'elle ait pu suffire pour guérir des névralgies peu intenses.

» On peut en dire autant du sinapisme.

» Ainsi, les modes de traitement des névralgies, qui rentrent dans la médication externe, agissent tous par l'irritation qu'ils déterminent à la surface de la peau, et ce qui fait probablement la supériorité des raies de feu sur tous les autres moyens, c'est l'instantanéité et l'intensité de cette irritation.

» Comme on pourrait craindre que cette irritation de la peau, en raison même de son intensité, ne devînt souvent le point de départ d'érysipèles, je ferai remarquer que cette année, à l'Hôtel-Dieu annexe, dans les services de MM. Valleix et Beau, on à employé quarante-cinq fois la cautérisation transcurrente, tant pour des névralgies que pour d'autres affections dans lesquelles on voulait obtenir une violente révulsion cutanée, et une seule fois l'érysipèle s'est développé à la suite de son application. Le malade a guéri. Ne voit-on pas tous les jours un vésicatoire, un sinapisme devenir, chez certains sujets, le point de départ d'un érysipèle? Aussi ce seul fait, sur un aussi grand nombre de cautérisations, prouve que les raies de feu n'y exposent pas plus que tous les autres irritants placés à la surface de la peau. Du reste, pour éviter autant que possible cette complication, qui pourrait devenir fâcheuse, il faut, quand on applique plusieurs raies parallèles, mettre entre elles une distance au moins de deux travers de doigt. Placées plus près les unes des autres, les auréoles inflammatoires qui les entourent, venant à s'étendre, se confondraient, et leur irritation, augmentant d'intensité, déterminerait d'abord des douleurs pénibles pour le malade, et ensuite pourrait favoriser le développement d'un érysipèle.

» Il est inutile de dire que les raies de feu ne doivent jamais s'entrecroiser, car dans le point de l'entrecroisement il y aurait formation d'une eschare, suppuration et cicatrice indélébile.

» Les raies de feu doivent être appliquées sur le trajet du nerf et dans toute l'étendue où il présente des points douloureux. Il n'est pas nécessaire que le cautère passe par tous les foyers de douleur, mais il faut autant que possible qu'il passe par le plus grand nombre et par les plus douloureux. Comme on le voit, les règles qui président à l'application des raies de feu sont celles qui ont été posées par M. Valleix pour l'application du vésicatoire. Ainsi, pour une névralgie dorso-intercostale envahissant tout un côté de la poitrine, une raie verticale à deux travers de doigt en dehors des apophyses épineuses du côté malade, et deux ou trois raies transversales dans la direction des espaces intercostaux suffisent pour produire la guérison; pour

une sciatique, une raie oblique allant de la symphyse sacro-iliaque au grand trochanter, et une raie verticale suivant le trajet du nerf depuis le bord inférieur du muscle grand fessier jusqu'à la partie inférieure de la jambe.

» On le conçoit, le lieu d'élection, la direction, la longueur des raies de feu ne sont pas toujours les mêmes pour la même névralgie ; ils changent suivant la distribution variable des points douloureux, suivant que la névralgie est bornée à telle ou telle portion du nerf. »

Tels sont les faits recueillis sous mes yeux par M. Notta. Depuis lors, ils se sont beaucoup multipliés et toujours avec les mêmes résultats. Je n'ai pas vu survenir un seul érysipèle.

J'ajoute, et c'est ce que j'ai établi récemment dans un mémoire sur les *cautérisations de l'hélix* (1), que, dans les cas intenses, il faut revenir deux, trois, quatre fois et plus à la cautérisation. De cette manière, ce *mode de traitement s'est montré infaillible*, ce qu'on ne peut dire d'aucun autre. A chaque nouvelle cautérisation, il survient une amélioration notable qui, ordinairement, se fait attendre deux ou trois jours et plus. Les malades ont souvent peur de ce traitement ; c'est aux médecins à les familiariser avec lui, et ils le peuvent d'autant plus, qu'avec le chloroforme il n'est pas douloureux, et qu'immédiatement après on peut se livrer à ses occupations. J'ai vu même des sujets se mettre en voyage, le lendemain, sans inconvénients. Un simple vésicatoire est plus douloureux et plus gênant que la cautérisation de tout un membre. Après cela, je ne comprendrais pas que ce traitement ne devînt pas populaire.

La *cautérisation avec le nitrate d'argent fondu* sur le point douloureux a été employée avec succès par M. Marotte (2). Sur 13 observations citées par ce médecin, la guérison a été rapide et complète dix fois ; dans 2 cas ce moyen a échoué et dans un il n'a produit qu'une amélioration momentanée.

Le procédé opératoire est bien simple : il suffit de passer à plusieurs reprises le crayon de nitrate d'argent, préalablement mouillé, sur les points qu'on veut cautériser.

Ce moyen n'a été employé que dans des névralgies symptomatiques, qui la plupart disparaissent rapidement d'elles-mêmes ; cependant M. Th. Lévy a vu, dans un cas de sciatique, la douleur disparaître rapidement par ce moyen ; ajoutons que dans ce cas un grand nombre de points douloureux avaient été touchés et que la cautérisation faite assez fortement avait déterminé dans certains points une véritable vésication.

Le succès de cette médication n'a rien qui doive nous surprendre, puisque, comme je l'ai établi, tout ce qui irrite la peau peut guérir la névralgie. Il est probable que dans les cas très intenses, ce moyen ne serait pas assez puissant.

Les mêmes réflexions s'appliquent à la *cautérisation par l'acide sulfurique* concentré, proposée par M. Legroux (3). Elle se pratique au moyen d'un pinceau fait avec de la ouate enroulée sur l'extrémité d'une baguette. « Ce moyen, dit-il, effraye moins les malades que le fer rouge et son action est aussi puissante. » Après la cautérisation on couvre les parties avec la ouate ou des compresses d'eau froide.

(1) *Union médicale*, novembre 1850.
(2) *Journal des connaiss. méd.-chirurg.*, 1er novembre 1851.
(3) *Bulletin gén. de thérap.*, 30 septembre 1852.

J'ai mis en usage ce moyen qui est d'une utilité incontestable, et il ne pouvait pas en être autrement d'après les raisons données plus haut. Mais voici les inconvénients qu'il peut avoir :

1° L'épuisement du pinceau empêche le liquide d'être étendu uniformément.

2° Le peu de coloration de ce caustique expose l'opérateur à en employer une trop grande quantité, et à repasser sur des parties déjà cautérisées.

3° Sensation de brûlure assez intense après la cautérisation.

4° Cicatrisation lente des ulcérations.

5° Pour peu que l'on ait cautérisé profondément il reste des cicatrices après la guérison.

On a encore proposé les *sangsues* et les *ventouses scarifiées;* mais l'analyse des faits m'a prouvé que ces moyens agissent, dans l'immense majorité des cas du moins, non par le sang qu'ils enlèvent à la circulation, mais par l'irritation que produisent à la peau les incisions et les piqûres. Et c'est ici le lieu de faire remarquer que les médications externes les plus efficaces sont celles qui produisent cette irritation; bien plus, nous voyons que, à mesure que celle-ci devient plus grande, l'efficacité du moyen augmente, de sorte que la démonstration de ce fait important ne laisse rien à désirer.

L'action des *sinapismes* vient encore confirmer l'exactitude de cette proposition. Lorsque la névralgie est récente et peu violente, il suffit souvent d'un ou de plusieurs sinapismes sur les principaux points douloureux pour faire cesser promptement la maladie. M. Malgaigne a souvent réussi de cette manière dans des cas d'une certaine intensité. Mais dans les névralgies de longue durée et d'une intensité considérable, les sinapismes ne produisent, comme l'expérience me l'a prouvé, qu'une amélioration passagère.

L'*électricité* a été proposée par plusieurs auteurs, et l'on sait que dans ces derniers temps M. Magendie l'a mise en usage, principalement dans la névralgie de la face. Ce moyen compte des succès évidents. Les docteurs Bailly (1), Gourdon (2), Duchenne et plusieurs autres en rapportent des exemples; mais ces exemples ne suffisent pas; et s'il est vrai que l'électricité ait procuré la guérison d'un certain nombre de névralgies, on peut dire aussi que souvent la maladie résiste à son application. Je reviendrai du reste sur ce moyen dans les névralgies en particulier.

L'*acupuncture* a joui pendant quelque temps d'une très grande faveur. M. Dantu (3) a rassemblé quarante-sept cas, dans lesquels l'acupuncture, pratiquée par J. Cloquet, a procuré trente-sept fois la guérison. Ce résultat serait avantageux si nous étions sûrs que l'on n'a appliqué l'acupuncture qu'à des névralgies bien établies, et qu'on n'a pas fait entrer dans le calcul ces cas légers qui guérissent d'eux-mêmes. Je n'ai malheureusement pas pu examiner toutes les observations citées par M. Dantu; mais ce qui me porte à croire que l'acupuncture n'a pas, à beaucoup près, toute l'efficacité qu'on lui a attribuée, et que les médecins ont trouvé un grand nombre de cas rebelles à son action, c'est qu'elle est aujourd'hui presque généralement abandonnée.

(1) *Revue médicale*, 1825.
(2) *Journ. des connaiss. médic.*, mars 1836.
(3) *Traité de l'acupuncture*, Paris, 1826, et Bayle, *Bibl. de thérap.*, Paris, 1828, t. I, p. 438 et 457.

L'*application de l'aimant* a été aussi vantée par quelques médecins, mais son usage est très peu répandu.

Le *massage* et la *percussion* des parties affectées de névralgie ont été généralement pratiqués par des personnes étrangères à la médecine; cependant Récamier a, dans ces dernières années (1), beaucoup vanté ces deux moyens et cité des faits de guérison. Dans plusieurs cas, j'ai employé le *massage* et plus rarement la *percussion*, pour me rendre compte de leurs effets. Or j'ai vu que toutes les fois ces moyens, difficiles à supporter à cause de la douleur qu'ils occasionnent, ont produit, immédiatement après leur application, un soulagement très marqué; mais la douleur est revenue constamment au bout d'un temps ordinairement peu considérable, et, de plus, certains malades ont eu une douleur contusive résultant de la forte pression exercée sur les tissus. Je ne crois pas, par conséquent, qu'on puisse compter sur ces moyens pour obtenir, dans la très grande majorité des cas du moins, une guérison radicale.

Les névralgies se montrent assez fréquemment chez des personnes plus ou moins *anémiques*, et nous avons vu plus haut qu'un tiers environ des femmes qui en sont atteintes présentent des troubles marqués de la menstruation. C'est ce qui a engagé beaucoup de médecins à mettre en usage les *emménagogues*, et surtout les *ferrugineux*. Puis quelques-uns, généralisant l'emploi des préparations ferrugineuses, les ont administrées dans toutes les névralgies indistinctement. M. Hutchinson a particulièrement préconisé le *carbonate de fer*. L'analyse que j'ai faite des observations dans lesquelles ce médicament a été employé ne m'a pas prouvé qu'il ait, à beaucoup près, toute l'efficacité que l'auteur lui a attribuée, et je suis resté convaincu que ce n'est guère que dans des cas particuliers qui, ainsi que je l'ai démontré dans mes recherches sur les névralgies, ne s'expliquent pas parfaitement par l'existence d'une chlorose, que ce médicament a un véritable succès. Bien plus, j'ai trouvé que, même dans ces cas, on pouvait par le traitement local faire disparaître les douleurs, avant que le sang fût revenu à son état normal, de telle sorte que, en général, l'administration du carbonate de fer n'a d'autre avantage que de consolider la guérison.

La *périodicité* fournit, dans le traitement des névralgies, une des indications les plus précieuses; mais, chose singulière, en faisant l'analyse des faits que j'ai recueillis, j'ai trouvé que cette indication était trompeuse dans la moitié des cas environ, sans que l'on pût découvrir de différence notable dans les cas de réussite et dans ceux de non-réussite. Cela n'empêche pas, bien entendu, que le médecin ne doive avoir le plus grand égard à cette indication; car dans les cas où elle n'est pas trompeuse, la maladie est rapidement enlevée, comme une fièvre intermittente ordinaire. C'est le *sulfate de quinine* qu'on emploie presque toujours. Il suffit ordinairement de la dose de 40, 50 ou 60 centigrammes. Dans mon *Traité des névralgies*, j'ai dit qu'au bout de quatre ou cinq jours de son administration, on doit, si ce sel n'agit pas, le remplacer par un autre moyen; mais le terme est trop court. Il y a peu de temps que j'ai vu à l'Hôtel-Dieu annexe un malade affecté d'une névralgie trifaciale périodique, chez lequel, au bout de ce temps, le sulfate de quinine n'avait pas procuré de mieux sensible; et cependant la périodicité était

(1) *Revue médicale*.

tellement marquée, la douleur disparaissait si complétement dans les intervalles des accès réguliers, que je crus devoir insister. Or, deux ou trois jours après, l'accès devint beaucoup moins fort, et en très peu de temps le malade fut complétement guéri. Enfin, plus récemment, j'ai vu qu'en élevant la dose du sel antipériodique à 1 gramme et plus, on trouve beaucoup moins de cas réfractaires.

Quelques auteurs ont fait entrer le *quinquina* dans leurs préparations antinévralgiques; d'autres ont employé des succédanés de ce médicament, la *salicine*, par exemple (Serre). L'emploi de l'*arsenic* et les guérisons obtenues par ce moyen doivent également trouver place ici; car, d'après un certain nombre de faits bien connus, et principalement d'après ceux qu'a cités M. Boudin, tout porte à croire que ce médicament a agi comme succédané du quinquina (1); mais le sulfate de quinine est trop préférable pour qu'il soit nécessaire d'insister sur ces moyens.

M. le docteur Leriche (2) a appliqué au traitement de toutes les névralgies l'emploi de l'*huile essentielle de térébenthine*, qu'on n'administrait guère que dans la sciatique. Ce médecin a évité les accidents occasionnés par ce médicament en en diminuant notablement les doses, et néanmoins il a réussi de cette manière à guérir vingt et un cas de névralgies diverses. Voici la formule qu'il emploie :

℞ Essence de tilleul..... ..	100 gram.	Gomme arabique........... 5 gram.
— de menthe.......	15 gram.	Sirop de capillaire.. .... 30 gram.
— de térébenthine	1 ou 2 gram.	

Mêlez. Dose : 3 ou 4 cuillerées à bouche par jour.

Quelquefois les douleurs de la syphilis prennent le caractère névralgique. M. le docteur Vaulpré (3) cite trois guérisons de névralgies diverses dues à cette cause et qu'on avait vainement traitées par les moyens ordinaires. Il est évident qu'en pareil cas, les *antisyphilitiques* conviennent seuls.

Je pourrais, comme on le pense bien, grossir beaucoup cette liste de moyens thérapeutiques dirigés contre les névralgies, car ces affections comptant un nombre assez notable de cas extrêmement rebelles, on a dû nécessairement recourir à une multitude de remèdes divers; mais je ne crois pas devoir le faire ici, parce que nous retrouvons les principaux de ces moyens dans certaines névralgies particulières, contre lesquelles ils ont été plus spécialement dirigés. C'est ainsi que je parlerai des *pilules de Méglin*, du *valérianate de zinc*, de la *belladone*, de l'*aconit*, à propos de la névralgie trifaciale, etc. Je crois qu'il sera plus utile ici de faire rapidement un résumé critique de ce qui vient d'être dit.

Résumé. — Si nous examinons les faits rapportés par les auteurs, nous voyons que les médications qui comptent les succès les plus nombreux et les plus prompts sont : 1° *pour les névralgies ordinaires*, le traitement local par les moyens qui irritent la peau, moyens à la tête desquels il faut placer la cautérisation transcurrente et les vésicatoires volants multipliés; 2° *pour les névralgies périodiques*, le sulfate de quinine.

On ne peut néanmoins disconvenir que par d'autres médications on n'ait obtenu de remarquables succès; mais on ne peut douter ainsi qu'un bon nombre de ces

(1) Voy. *Traité des fièvres intermittentes*. Paris, 1842, in-8.
(2) *Union médicale*, 19 octobre 1848.
(3) *Bulletin gén. de thérap.*, 30 janvier 1852.

succès ne soient dus tout simplement à ce que l'on a eu fréquemment affaire à des névralgies qui devaient disparaître toutes seules; ce qui fait qu'on a dû nécessairement obtenir des guérisons par les moyens les plus variés. Nous ne pourrons apprécier ces divers moyens d'une manière tout à fait satisfaisante, que lorsque les auteurs nous auront fourni leurs observations avec tous les détails indispensables; et en attendant nous devons conserver quelques doutes, non pas assurément sur les guérisons qu'ils ont citées, mais sur l'efficacité générale des médicaments qu'ils ont préconisés. Nous devons surtout bien nous garder de les considérer comme supérieurs à ceux que nous avons signalés en première ligne, bien que chaque auteur ait vanté son traitement par-dessus tous les autres.

Mais quelle que soit l'efficacité des traitements préconisés, il y a toujours, ai-je dit, un certain nombre de cas rebelles; il n'est pas même très rare de voir des cas qui, ayant résisté à plusieurs des médications qui comptent le plus grand nombre de succès, finissent par céder sous l'influence d'un remède beaucoup moins efficace. Le médecin ne doit pas perdre de vue cette bizarrerie de la maladie dans certains cas. Il doit alors rechercher attentivement s'il n'existe pas quelque circonstance qui puisse lui fournir une indication particulière : ainsi un certain degré d'anémie qui indique l'emploi des ferrugineux; une périodicité quelque douteuse qu'elle soit, etc. Souvent, il ne doit pas se le dissimuler, il ne pourra rien découvrir de semblable, et alors il sera réduit à passer en revue les divers moyens conseillés, de telle sorte qu'il ne doit ignorer aucun de ceux à l'appui desquels on a rapporté quelques observations d'une certaine valeur. Aussi, dans les névralgies en particulier, n'épargnerai-je rien pour faire entrer dans la partie du traitement tous les détails qui me paraîtront avoir une importance réelle.

ARTICLE IV.

DIVISION DES NÉVRALGIES.

Il est nécessaire de consacrer un article à la division des névralgies, pour que le lecteur puisse savoir où il trouvera la description de certaines douleurs de rameaux nerveux isolés, que beaucoup d'auteurs ont considérées comme des névralgies entièrement indépendantes, et ont décrites sous des noms divers.

Les observateurs ayant trouvé des douleurs très vives dans les nerfs frontal, sous-orbitaire, nasal, cubital, plantaire, etc., etc., on a décrit autant de névralgies que ces douleurs ont affecté de siéges ainsi limités; mais, étudiant les faits avec grand soin, j'ai reconnu que, dans l'immense majorité des cas, ces névralgies ne sont pas aussi complétement isolées qu'on le pense, et que les autres rameaux appartenant au même nerf sont également affectés, quoique à un degré bien inférieur. Je ne nie pas néanmoins, tant s'en faut, la possibilité de ces névralgies limitées. Qui n'a vu, par exemple, des douleurs évidemment névralgiques bornées au nerf dentaire inférieur? Mais je dis que ces cas sont fort rares et peuvent être regardés comme des exceptions. Aussi ai-je pu, sans m'éloigner de la vérité, m'exprimer ainsi dans mon *Traité des névralgies* (p. 656) : « Lors donc qu'un auteur désigne la maladie par le nom d'une des divisions secondaires, il faut entendre que cette branche est *principalement*, mais non *exclusivement* affectée. » Les exceptions que je viens de signaler ne sauraient infirmer cette règle.

D'après ces considérations, j'ai divisé les névralgies en huit espèces qui ont pour siége les principaux nerfs du corps, et j'ai indiqué comme des *variétés* les douleurs bornées à un rameau de ces nerfs. Voici cette division : 1re *espèce :* Névralgie trifaciale ; *variétés :* N. sus-orbitaire, sous-orbitaire, maxillaire inférieure, nasale, temporale. Ces deux dernières variétés sont extrêmement rares. — 2e *espèce :* Névralgie cervico-occipitale ; *variétés :* N. occipitale proprement dite ; N. mastoïdienne. — 3e *espèce :* Névralgie brachiale ; *variétés :* N. cubitale, musculo-cutanée, radiale, médiane. Cette dernière variété est fort rare. — 4e *espèce :* Névralgie dorso-intercostale ; *variétés :* N. dorsale ; N. intercostale. Il est fort rare que la névralgie soit limitée aux rameaux dorsaux ou aux rameaux intercostaux. — 5e *espèce :* Névralgie lombo-abdominale ; *variétés :* N. lombaire, iléo-scrotale. — 6e *espèce :* Névralgie crurale. — 7e *espèce :* Névralgie fémoro-poplitée, ou sciatique ; *variétés :* N. péronière, plantaire externe, plantaire interne. — 8e *espèce :* Névralgie multiple, ou erratique. — J'ajoute une 9e *espèce*, qui est la *névralgie générale*, dont j'ai observé plusieurs exemples dans ces dernières années (1).

Telles sont les diverses espèces que je vais avoir à traiter dans les articles suivants. Cette division a été admise par les auteurs qui ont écrit sur ce sujet dans ces dernières années. Je n'ai pas fait entrer dans ce cadre l'*angine de poitrine*, parce qu'il n'est pas parfaitement démontré que ce soit une névralgie. Je crois devoir en placer la description, ainsi que celle de la *migraine*, dans la grande division des névroses, ce qui ne préjugera rien sur leur nature et sur leur siége. Quant à l'avant-dernière espèce que j'ai signalée, c'est-à-dire la névralgie multiple ou erratique, je n'en dirai que quelques mots, parce qu'elle n'est autre chose que la coexistence de plusieurs névralgies chez un même individu, ou le passage de la douleur névralgique d'un nerf à l'autre.

Après ces considérations générales sur les névralgies, je peux aborder chacune de ces affections en particulier, sans être obligé d'entrer à chaque instant dans des explications qui en rendraient la description fatigante.

ARTICLE V.

NÉVRALGIE TRIFACIALE.

Ainsi que je l'ai fait voir dans mon *Traité des névralgies*, c'est à Arétée (2) que commence réellement l'histoire de la névralgie trifaciale. Puis, jusqu'à André, cette maladie reste très imparfaitement connue. Ce dernier auteur en signale plusieurs cas très intéressants. Fothergill (3) en trace ensuite une description beaucoup plus exacte et plus complète, et à une époque plus rapprochée de nous, plusieurs auteurs, parmi lesquels il faut distinguer les docteurs Méglin (4) et Halliday (5), en ont fait le sujet de leurs intéressantes recherches.

Dans la description de la névralgie trifaciale, j'aurai à traiter séparément de l'af-

(1) Voy. plus loin l'article *Névralgie générale*.
(2) *De causis et signis diut.*, lib. I, cap. XI.
(3) *On the painful affect.*, etc., 1782.
(4) *Recherches sur la névralgie faciale*. Strasbourg, 1816.
(5) *Considér. prat. sur les névralgies de la face*. Paris, 1832.

fection douloureuse du nerf maxillaire inférieur, parce que, comme je l'ai dit plus haut, cette névralgie partielle est celle qui se montre le plus fréquemment isolée, ce qui est important pour la pratique.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le nom que je donne à la maladie prouve qu'elle est uniquement constituée par la douleur du nerf trifacial. On verra, à l'article *Diagnostic*, qu'il résulte de mes recherches, comme de celles de plusieurs physiologistes, que le nerf facial ne s'est jamais montré, d'une manière évidente, atteint de cette affection.

On a encore donné à cette maladie les noms de *tic douloureux*, *névralgie faciale*, *prosopalgie*, *painful affection of the face*. Le nom que j'ai adopté me paraît devoir être admis, parce qu'il peut seul faire cesser la confusion qui règne sur ce sujet.

La névralgie trifaciale n'est pas une affection rare, mais elle est moins fréquente que la sciatique, et surtout que la névralgie intercostale.

§ II. — Causes.

M. Chaponnière (1), ayant réuni un grand nombre d'observations, nous a donné un très bon travail sur les causes de cette affection; c'est à lui, par conséquent, qu'il faut emprunter les détails étiologiques.

1° Causes prédisposantes.

Age. — Le jeune âge est presque complétement exempt de cette maladie; c'est dans les quatre périodes de dix ans comprises entre vingt et soixante ans, qu'on en observe les exemples les plus nombreux (2).

Sexe. — Dans les faits que j'ai rassemblés, cette affection s'est montrée un peu plus fréquente chez la femme que chez l'homme; et chez la première elle a eu lieu un peu plus souvent avant l'âge de trente ans, tandis qu'on a observé le contraire chez le second. Le plus grand nombre des femmes dont j'ai étudié les observations avaient eu des *troubles variés de la menstruation* : suppression des règles, dysménorrhée, etc.

Constitution, tempérament. — La névralgie trifaciale attaque toutes les constitutions indifféremment; on l'a observée un peu plus souvent chez des sujets auxquels on a attribué le tempérament nerveux.

Hygiène. — Les faits ne nous apprennent rien de positif sur l'influence de l'*habitation*, de la *nourriture*, des *excès*, des *professions*, de l'*hérédité*.

Fréquemment les sujets avaient eu à une époque antérieure des affections dont le siége était dans le système nerveux. « Jamais, ai-je dit dans mon *Traité* (p. 30), la névralgie trifaciale ne s'est développée d'une manière évidente à la suite d'une *métastase*. Rien n'a pu donner lieu de croire qu'elle était due au *virus syphilitique*. Elle s'est montrée bien plus fréquemment dans les *mois froids* de l'année

(1) *Essai sur le siége et les causes de la névralgie de la face.* Thèse. Paris, 1832.

(2) Je dois répéter ici, comme observation générale et s'appliquant à toutes les descriptions contenues dans les articles suivants, que ces résultats généraux sont déduits de faits sévèrement analysés dans mon *Traité*, auquel on pourra recourir pour des détails plus précis.

que dans tous les autres. » Les *deux côtés* de la face y sont à peu près également exposés, d'après mes recherches. Rarement les deux nerfs trifaciaux sont affectés en même temps : le plus ordinairement les douleurs se font sentir dans plusieurs rameaux à la fois.

2° Causes occasionnelles.

Voici, au sujet des causes occasionnelles, comment je me suis exprimé dans l'ouvrage cité : « Parmi les causes occasionnelles, l'*action du froid* a été la plus fréquente. Bien rarement la maladie a suivi de près une *suppression subite des règles*. Les auteurs ont cité quelques cas où elle avait pour cause une *violence extérieure;* je n'en ai pas vu d'exemple. » Mais je dois ajouter que, il y a environ deux ans, j'ai été consulté pour un fait de ce genre. Il s'agissait d'une femme qui, s'étant fait une contusion au front dans le trajet du nerf frontal, avait, après avoir vu disparaître presque complétement, en trois jours, la douleur de la blessure, commencé à ressentir dans ce point des douleurs nerveuses qui avaient ensuite gagné la tête, le cou, le bras et une grande partie du reste du corps, du même côté. « Jamais, ajoutais-je, je ne l'ai vue se produire sous l'influence de la *carie des dents :* cependant on en cite quelques exemples incontestables. » En effet, M. Stillé, médecin distingué de Philadelphie, nous en a fourni un très remarquable que j'ai publié (1), en le faisant suivre de réflexions. Les docteurs Halford et Bush (2), MM. Neucourt (3) et Girard (4) en ont fait connaître d'autres qui sont des plus concluants, et enfin j'ai eu l'occasion d'en observer moi-même qui ne m'ont laissé aucun doute. Le docteur Allan (5) cite un cas où la névralgie était produite par une *tumeur de carbonate calcaire* entourée de tissu cellulaire induré, du volume d'un pois, et située au niveau et un peu au-dessus du trou sus-orbitaire. L'extraction du corps étranger fit disparaître l'affection. Des symptômes de *coryza* sont quelquefois liés à l'existence d'une névralgie trifaciale; mais, ainsi que je l'ai fait remarquer, dans un certain nombre de cas, les signes d'inflammation de la pituitaire sont presque toujours le résultat et non la cause de la névralgie. On m'a communiqué récemment un fait dans lequel les douleurs névralgiques cessaient lorsqu'il s'établissait un écoulement de sérosité âcre, avec irritation de la muqueuse, par la narine correspondante.

§ III. — Symptômes.

C'est dans la description des symptômes qu'il importe de distinguer ce qui appartient en propre à la névralgie du maxillaire inférieur fixée dans le rameau dentaire. Ce que je vais dire d'abord s'applique à la névralgie simultanée des trois branches; puis je décrirai séparément l'affection partielle dont il s'agit.

Début. — Le début est rarement brusque. Il est ordinairement marqué par une sensation de chaleur, un prurit, de légers élancements dans les rameaux qui doivent être affectés; puis, au bout de quelques heures ou de quelques jours, la névralgie acquiert toute son intensité.

(1) *Archives de méd.*, 1843, 4ᵉ série, t. II, p. 468.
(2) *Hufeland's Journ.*, 1832.
(3) *Archives gén. de médecine*, 4ᵉ série, 1849, t. XX, p. 162.
(4) *Union médicale*, 1850.
(5) *Monthly Journal*, et *Journ. des connaiss. méd.-chirurg.*, 15 janvier 1853.

Symptômes. — 1° *Douleur spontanée.* — Il faut, comme je l'ai dit, distinguer la *douleur fixe, gravative, contusive*, des élancements. Cette douleur est disséminée par points, ainsi qu'il suit : le point *sus-orbitaire*, à la sortie du nerf frontal, ou un peu au-dessus; le point *palpébral*, le plus souvent sur la paupière supérieure; le point *nasal*, à la partie supérieure et latérale du nez; le point *sous-orbitaire*, à la sortie du nerf de ce nom; le point *malaire*, au bord inférieur de cet os; plus rarement les points *alvéolaire*, *labial*, palatin et lingual; le point *temporal*, que, d'après mes recherches récentes, je regarde comme un des plus fréquents; le point *mentonnier*, bien circonscrit à la sortie du nerf de ce nom; enfin le point *pariétal*, qu'on trouve aux environs de la bosse pariétale.

C'est dans ces points que la *pression* détermine une douleur souvent très vive, surtout pendant les paroxysmes; c'est aussi dans ces points que se font sentir les *élancements*, ou les douleurs analogues, qui tantôt y restent fixes, et tantôt se portent plus ou moins loin dans des directions diverses, mais le plus souvent en suivant le trajet des nerfs.

Il est très rare que les divers points qui viennent d'être indiqués soient affectés tous à la fois; mais j'ai noté que, dans la grande majorité des cas, *on en trouvait au moins un dans chacune des trois branches du nerf*, et que, dans quelques cas légers seulement, on n'en trouvait qu'un.

Dans la minorité des cas, les organes dans lesquels se rendent les rameaux du trijumeau présentent quelques symptômes. C'est ainsi qu'on voit parfois la photophobie, le larmoiement et la rougeur de l'*œil* exister ensemble ou séparément. Plus rarement la *narine* est chaude, et sa muqueuse sécrète des mucosités abondantes. Quelques malades éprouvent des sifflements et des bourdonnements d'*oreille;* d'autres ressentent une douleur vague dans les *bulbes des cheveux*.

Dans un petit nombre de cas très violents, il y a des *convulsions*, des contorsions, des spasmes, des tremblements de la face, ce qui a valu à la maladie le nom de *tic douloureux*. Dans un cas il y avait, pendant les accès, une tuméfaction considérable avec rougeur et chaleur de tout le côté de la face affecté. Ce cas a été observé après la publication de mon ouvrage. Jamais je n'ai vu d'atrophie ou d'hypertrophie réelle par suite de cette affection, quelle que fût sa durée.

D'autres douleurs du même genre (dans les lombes, les parois de la poitrine, les membres inférieurs) se montrent chez certains sujets atteints de névralgie trifaciale, mais plus rarement que dans les autres névralgies.

Du côté *des voies digestives*, on n'observe ordinairement rien de remarquable. De légers troubles fonctionnels peuvent néanmoins exister, mais c'est, le plus souvent, sous l'influence du traitement. L'observation ne m'a pas démontré que cette névralgie fût évidemment liée à un état saburral des premières voies, comme quelques auteurs l'ont avancé. Je ne nie néanmoins pas absolument la possibilité du fait.

Les *fonctions respiratoires* restent intactes, et si, dans quelques cas, on observe un léger *mouvement fébrile*, on en trouve presque toujours la raison dans l'influence du traitement employé.

J'ai noté que, dans la grande majorité des cas, les femmes ont présenté des *menstrues* moins abondantes et moins régulières que dans l'état de santé.

Névralgie maxillaire inférieure. — Cette variété est caractérisée par une dou-

rieur qui a presque toujours son siége exclusif dans la portion du nerf dentaire inférieur qui parcourt le canal creusé dans la mâchoire inférieure, et dans la houppe nerveuse qui sort par le trou mentonnier. Les douleurs, qui sont de la même nature que celles qui ont été décrites à propos de la névralgie trifaciale en général, ont leur principal point de départ au trou mentonnier; de là elles se portent dans le canal osseux; et souvent les dents, le menton et la partie moyenne de la lèvre inférieure, d'une part, et de l'autre les parties situées au-devant de l'oreille, ressentent de vifs élancements. La *douleur à la pression* est presque toujours bornée au trou mentonnier, et ordinairement on ne la produit que dans un espace très peu étendu. J'ai vu un cas dans lequel les accès de cette névralgie étaient atroces et se reproduisaient chaque jour un nombre considérable de fois, et cela pendant un ou deux mois; ensuite le sujet était calme pendant deux, trois ou quatre mois, puis les accidents recommençaient. Cet état si cruel durait depuis au moins vingt ans.

Lorsque la maladie est très violente, il suffit ordinairement de l'action de mâcher, du contact d'un corps chaud ou froid sur les lèvres et les dents, et même quelquefois du simple mouvemeet des lèvres, pour reproduire les douleurs.

Sous les autres rapports, cette variété ne présente rien de particulier.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Nous avons vu plus haut que, comme toutes les névralgies, la névralgie trifaciale est caractérisée par des *accès de douleur*. Ces accès reparaissent le plus souvent à des intervalles irréguliers, Dans un certain nombre de cas, au contraire, ils se reproduisent avec une périodicité marquée, et, d'après les faits connus dans la science, la névralgie trifaciale est celle dans laquelle cette périodicité s'observe le plus fréquemment. Ces paroxysmes sont eux-mêmes composés d'un plus ou moins grand nombre de douleurs aiguës et passagères, qui ne durent ordinairement que quelques secondes, et se reproduisent au bout d'un temps qui varie entre une demi-minute et une minute dans la plupart des cas. Pendant tout ce temps, la douleur contusive persiste avec une plus ou moins grande intensité et la pression l'exaspère.

Les *accès*, qu'ils soient réguliers ou non, sont très variables quant à leur *intensité;* mais on peut dire d'une manière générale que les *accès périodiques* sont les plus violents. Il y a quelques exceptions à cette règle. La *durée* des accès varie aussi beaucoup suivant les cas; quelquefois ils ne durent que quelques minutes, et d'autres fois ils se prolongent pendant des heures entières. C'est pendant leur durée que les malades expriment leur souffrance par la contraction des traits de la face, par leurs cris et leurs contorsions; c'est aussi alors qu'on voit la photophobie, le larmoiement, les convulsions faciales, en un mot les accidents signalés plus haut se manifester dans les organes où vont se rendre les nerfs affectés. Il est de ces accès tellement douloureux, qu'ils jettent le sujet dans un découragement et un abattement profond.

Les accès irréguliers se produisent aussi souvent la nuit que le jour. Ils sont généralement plus fréquents dans les temps froids. Quelquefois ils se terminent brusquement, laissant dans le calme le plus parfait les malades si souffrants un instant auparavant; mais bien plus souvent les accès deviennent moins forts et moins

longs; ils s'éloignent, et il ne reste, au bout d'un certain temps, qu'une chaleur, un engourdissement dans le front, la face, la tête, sensations qui ne tardent pas à se calmer d'elles-mêmes, sans toutefois se dissiper complétement, dans le plus grand nombre des cas.

La *durée* de la maladie ne saurait être indiquée d'une manière générale, car, ainsi que je l'ai fait voir (1), dans certains cas légers elle peut ne durer que quelques heures, tandis que dans d'autres elle ne finit qu'avec la vie du malade.

La *terminaison* ordinaire est la guérison. Cependant l'affection peut se montrer rebelle jusqu'à la mort, qui, dans les cas connus, a été causée par une autre affection ou par un accident.

J'ai constaté que les *récidives* ont eu lieu chez près de la moitié des sujets, et souvent la nouvelle atteinte était au moins aussi violente que la première. Quelques sujets y sont tellement exposés qu'ils en sont attaqués plusieurs fois dans une année, sous l'influence des causes les plus légères, comme l'exposition un peu prolongée à l'air froid, un léger coryza, une contrariété, et souvent sans cause connue.

§ V. — Lésions anatomiques.

Ce n'est que pour mémoire, et parce qu'on s'est beaucoup occupé de ce sujet, que je dis un mot des lésions anatomiques. Il suffit de parcourir les faits cités par les auteurs pour s'assurer de leur peu de valeur. Ainsi M. Rousset (2) dit que, dans un cas, le nerf était *hypertrophié*, et d'un autre côté, le docteur Thomas l'a vu *atrophié*. Thouret cite une hydropisie du cerveau, Montault une tumeur cancéreuse du crâne, et enfin Desault a vu le nerf affecté parfaitement semblable à celui du côté opposé. Que conclure de tout cela, si ce n'est que ces lésions peuvent avoir eu quelque influence sur la persistance de la maladie, mais qu'elles ne lui appartiennent point en propre ?

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Avant d'exposer le diagnostic différentiel de la névralgie trifaciale, il importe de rechercher s'il existe ou non une névralgie du nerf facial; car si l'observation nous apprend que cette affection n'existe réellement pas, ce diagnostic deviendra, par cela seul, beaucoup plus facile.

Existe-t-il une névralgie du nerf facial? Je n'insisterai pas ici sur la partie physiologique de la question, on peut voir ce que j'en ai dit ailleurs (1); mais je rappellerai ce que m'a appris l'examen des observations publiées. De l'analyse de ces faits, il résulte que le trajet des douleurs dans le nerf facial n'a jamais été suffisamment précisé, et que, dans un assez bon nombre de cas, cette douleur avait évidemment son siége dans le nerf occipital, d'où elle s'étendait par les anastomoses au nerf trifacial. J'ai par conséquent dû conclure que, selon toutes les probabilités, on avait pris pour des névralgies faciales des névralgies *cervico-occipitales*, et que cette affection n'a pas son siége dans le nerf facial. J'ajoute que, depuis ce temps,

(1) *Loc. cit.*
(2) *Diss. inaug.* Paris, 1804.
(3) Voy. *Traité des névralgies*, p. 154.

examinant avec beaucoup d'attention tous les cas de névralgie de la tête, j'ai rencontré assez souvent la névralgie occipitale, maladie que maintes fois un examen peu attentif aurait pu faire prendre pour une névralgie faciale, et que je n'ai jamais vu cette dernière affection.

Si maintenant nous recherchons quelles sont les maladies avec lesquelles on pourrait confondre la névralgie trifaciale, nous trouvons d'abord le *rhumatisme de la face;* mais on ne sait sur quels faits les auteurs se sont appuyés pour admettre cette affection que MM. Chomel et Requin n'ont jamais observée, et que je n'ai jamais vue moi-même; en sorte que, dans l'état actuel de la science, ce diagnostic ne saurait avoir d'importance réelle.

Une simple *odontalgie* pourrait quelquefois faire croire à l'existence d'une névralgie; mais, ainsi que je l'ai fait observer ailleurs (1), le sujet indique ordinairement très bien la source de la douleur; quand on touche la dent, et surtout la portion cariée, la douleur est excessive; enfin, et c'est là le point le plus important, on ne détermine pas de la douleur par la pression, dans les points d'élection qui ont été signalés plus haut. Si une névralgie était due à la carie d'une dent, comme dans le cas recueilli par M. Stillé et ceux que j'ai cités plus haut, en touchant la dent avec un stylet, on éveillerait les élancements névralgiques, ce qui éclairerait le médecin.

Le diagnostic de la *migraine* et de la névralgie faciale repose principalement sur la courte durée de la première. Plusieurs auteurs pensent, du reste, que la migraine affecte les nerfs superficiels de la tête, et qu'elle est par conséquent de nature névralgique. Plusieurs faits que j'ai observés me portent à admettre cette opinion, au moins pour un certain nombre de cas. J'y reviendrai en parlant de la migraine.

Je ne crois pas qu'il soit utile d'établir une distinction entre la névralgie trifaciale et le *clou hystérique.* Déjà, en 1841, plusieurs faits m'avaient démontré que l'existence de ce point douloureux annonçait une névralgie chez une femme hystérique, et mes recherches ultérieures ont confirmé ce fait.

La douleur causée par l'*extension d'un coryza à la muqueuse de l'antre d'Highmore* ressemble à celle qui se produit vers le trou maxillaire dans la névralgie trifaciale. « Mais l'existence préalable du coryza, la douleur qui augmente dans la profondeur de la face lorsque les malades se mouchent, l'absence de véritables élancements, et par-dessus tout l'absence de douleur vive à la pression, suffiront pour faire éviter toute erreur (2). »

Quant à une certaine *douleur* qu'on observe quelquefois *dans l'articulation temporo-maxillaire*, il suffit, pour la distinguer de la névralgie trifaciale, de remarquer qu'elle ne se produit guère que dans les mouvements de mastication.

Je termine ce diagnostic, pour lequel un tableau synoptique serait complétement inutile, en disant que le nombre, l'étendue, la situation des points douloureux, et surtout des points douloureux à la pression, ainsi que la violence et le trajet des élancements, feront reconnaître le véritable siége de la maladie et son degré d'intensité.

Pronostic. — Dans la grande majorité des cas, le pronostic est favorable, puisque,

(1) *Loc. cit.*, p. 149.
(2) *Traité des névralgies*, p. 152.

chez des sujets dont j'ai étudié les observations, la guérison a eu lieu quatre fois sur cinq. Mais, dans quelques cas, cette affection est extrêmement rebelle. Ceux où la persistance de la maladie s'est montrée le plus grande sont des cas de névralgie frontale et maxillaire inférieure. Si l'affection dure un grand nombre d'années, on a lieu de craindre de voir la santé générale s'altérer profondément, si déjà elle n'a pas subi de graves atteintes; mais, je le répète ici, on n'a pas cité de cas authentique de mort occasionnée par le fait seul d'une névralgie trifaciale.

§ VII. — Traitement.

Lorsqu'on jette les yeux sur la liste des moyens employés contre la névralgie trifaciale, on est effrayé de leur nombre et de leur variété. Il faudrait presque un volume pour faire connaître toutes les médications auxquelles on a eu recours dans des cas tout à fait identiques; mais heureusement il n'y aurait aucune utilité à chercher à être complet. Il n'est, en effet, qu'un nombre limité de traitements qui peuvent subir l'épreuve de la critique, et c'est de ceux-là seuls que le praticien doit s'occuper. Lorsque nous voyons des remèdes préconisés sans qu'on fournisse aucune preuve de leur efficacité; quand nous voyons le même médecin, après avoir prôné un médicament, en adopter un autre, puis un autre encore, et accorder à chacun la même vertu, il est bien évident que nous n'avons aucun motif de tenir compte de semblables assertions. Je me bornerai donc à faire connaître les traitements qui ont le plus de célébrité, et je n'insisterai que sur ceux qui sont fondés sur l'observation.

Beaucoup d'auteurs ont indiqué des traitements différents, suivant qu'ils ont cru reconnaître dans la névralgie un caractère *inflammatoire*, *rhumatismal*, *goutteux*, *arthritique*, *purement nerveux;* je dois dire ici que, malgré toute l'attention que j'ai mise à étudier la maladie dans les cas soumis à mon observation, je n'ai pu découvrir aucune différence dans la manière d'être de ces divers cas; que la nature de la cause n'a paru avoir aucune influence sur celle de la maladie, et ce qui est surtout important, que, dans ces cas aussi bien que dans ceux qu'ont rapportés les auteurs, je n'ai pas vu le traitement ainsi dirigé avoir de meilleurs effets que les médications conseillées dans la pensée que toutes les névralgies sont de la même nature. On ne doit faire d'exception que pour la *névralgie périodique*, dont je dirai un mot à part. Peut-être aussi faudrait-il tenir compte de la possibilité de la névralgie de nature *syphilitique;* mais les maux de tête guéris par les mercuriaux et cités comme des névralgies méritent-ils bien ce nom dans la très grande majorité des cas? C'est ce que nous ne pouvons pas savoir, faute de renseignements, et tout porte à croire plutôt que l'on a eu affaire à ces *céphalées* qui se montrent si fréquemment dans la syphilis constitutionnelle, et qui, comme nous le verrons plus tard, diffèrent de la névralgie.

Ce qui rend très difficile l'appréciation du traitement de cette névralgie comme de la plupart des autres, c'est qu'on voit un remède réussir, alors que beaucoup d'autres ont été inutiles, et que le même médicament donné ensuite n'a plus le même succès. Or rien n'est plus fréquent dans le traitement de la prosopalgie, et ce qui complique le plus la question, c'est que presque tous les divers médicaments proposés se sont ainsi remplacés réciproquement avec avantage. Ainsi on

voit ici les révulsifs réussir, les narcotiques ayant échoué; là ce sont les narcotiques qui ont l'avantage, et ainsi de suite, sans que, je le répète, il soit possible de trouver dans la nature du mal la cause de ces résultats inattendus. Il est évident que, en pareil état de cause, on ne doit attacher une véritable importance qu'aux traitements qui, dans un nombre suffisant de cas, ont prouvé fréquemment leur efficacité; mais il est certain aussi que, tout en reléguant les autres au second plan, on ne doit pas les négliger, lorsqu'ils ont pour eux quelques faits bien observés, puisque, par des circonstances qui nous échappent, ces derniers peuvent réussir dans quelques cas où les autres ont échoué. Dans ces cas particuliers, le médecin ne peut agir qu'en tâtonnant, les indications, comme nous l'avons dit plus haut, étant tout à fait hypothétiques.

1° Médication externe. — *Émissions sanguines.* — Les auteurs qui ont admis l'existence d'une prosopalgie pléthorique ont conseillé la *saignée générale*, les *sangsues* derrière les oreilles, ou à l'anus; mais, dans le petit nombre de faits où je trouve que ce moyen a été employé, je ne vois pas qu'il ait eu des effets bien avantageux, lorsqu'il s'agissait réellement d'une névralgie, et non d'une simple céphalalgie pléthorique. Cette médication, conseillée par Thilénius (1), Joseph Frank (2), etc., n'est pas, du reste, généralement adoptée.

Extraction d'un corps étranger ou d'une dent cariée. — Nous avons vu plus haut que la névralgie pouvait, dans quelques cas rares, être causée par une violence extérieure. Or il est arrivé quelquefois (3) qu'un fragment de corps étranger est resté dans la plaie, et que l'extraction a fait cesser les douleurs. Dans d'autres cas, on obtient le même succès par l'extraction d'une dent cariée; j'ai cité plus haut le fait recueilli par M. Stillé; on peut rappeler aussi ceux qu'ont rapportés les docteurs Halford et Bush (4).

Tout récemment encore, M. Neucourt (5) a fait connaître un cas dans lequel les traitements les plus actifs ayant échoué, l'*avulsion de neuf dents* cariées fit disparaître complétement les douleurs névralgiques.

M. le docteur Girard (de Marseille) (6), en a cité de plus remarquables encore. J'en signalerai en particulier un dont on peut lire l'observation dans le mémoire de ce médecin, et dans lequel l'avulsion d'une dent fit disparaître une douleur des plus vives, durant déjà depuis très longtemps, bien que la dent ne fût pas douloureuse elle-même. Enfin, il y a très peu de temps que j'ai vu cesser une névralgie des plus violentes après l'emploi du même moyen.

En parlant des causes (7), j'ai indiqué un cas dans lequel l'*extraction d'un corps étranger*, qui avait son siége dans l'orbite, fit cesser les accidents.

Ces cas méritent assurément considération, mais on devra bien se garder de compter sur un succès certain, alors même que tout portera à croire que la source du mal est dans la carie d'une ou de plusieurs dents. A côté des faits précédents, on peut, en effet, en citer beaucoup d'autres où, croyant avoir trouvé la vraie

(1) *Med.-chir. Bemerk.*, t. I.
(2) *Prax. med.*, pars II, t. I, sect. 2.
(3) Voy. Jeffreys; J. Frank, *loc. cit.*
(4) *Hufeland's Journ.*, 1832.
(5) *Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1849, t. XX, p. 162.
(6) *Union médicale*, 1850.
(7) Voy. p. 324.

cause de la maladie, on a arraché des dents, souvent en grand nombre, sans obtenir aucun résultat avantageux; et, parmi les faits que j'ai rassemblés, j'ai vu, non-seulement la douleur être plusieurs fois augmentée par l'avulsion d'une dent, mais encore, dans un cas, je n'ai pas pu trouver d'autre cause de la production de la maladie elle-même (1).

Vésicatoires. — J'ai peu de chose à ajouter à ce que j'ai dit de l'emploi des vésicatoires, en parlant des *névralgies en général*. Je ferai seulement remarquer que, devant être appliqués sur le trajet des nerfs et sur les points les plus douloureux, c'est-à-dire sur divers points de la face, ils sont souvent refusés par les malades, et qu'on est obligé de recourir à d'autres moyens. Quant au mode d'application, j'ai reconnu que le *vésicatoire unique* et *à demeure* n'a qu'une faible efficacité, et que le pansement avec la pommade épispastique peut produire des douleurs insupportables, inconvénients que ne présente pas l'application des *vésicatoires multipliés et placés sur les principaux points douloureux* (front, tempe, joue). Cette dernière médication est, d'après les faits que j'ai observés, généralement et promptement efficace.

J'ai prouvé dans mon ouvrage (p. 191) que, si l'application d'un *sel de morphine* par la *méthode endermique* doit être prescrite, dans la plus grande majorité des cas, du moins, ce médicament ne doit être considéré que comme secondaire, et l'on a vu, dans l'article précédent, que les cas cités par M. Rougier ne sont pas de nature à démontrer le contraire. Cependant, je ne peux m'empêcher de le répéter ici, ce médicament adjuvant peut être d'une grande utilité pour faire cesser promptement les douleurs excessives que produit la névralgie, et pour procurer quelque repos au malade pendant que les vésicatoires agissent. Les mêmes réflexions s'appliquent à l'usage du *datura stramonium* en teinture ou autrement, par la méthode endermique.

Cautérisation transcurrente. — Je ne dois pas oublier la cautérisation transcurrente, bien que la névralgie faciale soit celle qu'on traite le plus rarement par ce moyen, à cause de la frayeur qu'inspire au malade l'application du feu sur les parties affectées et des traces que cette application laisse pendant un temps assez long. Ce moyen n'est pas moins efficace dans cette névralgie que dans toutes les autres, et lorsque les douleurs sont excessives, lorsqu'elles plongent le malade dans le découragement, on est heureux d'avoir encore cette ressource précieuse.

Les *raies de feu* se pratiquent sur la face et le cuir chevelu, le long des trajets douloureux. Plusieurs fois j'ai réussi, par ce moyen, dans les cas les plus rebelles.

Narcotiques à l'extérieur. — On peut assurément citer des cas dans lesquels la névralgie trifaciale s'est calmée, et même a guéri après l'emploi des narcotiques à l'extérieur. Mais c'est là ce qu'on retrouve dans toutes les médications, et l'on aurait tort d'en conclure que l'efficacité de ces moyens est grande.

On a prescrit des *emplâtres d'extrait mou d'opium*, de *thériaque* avec ou sans incorporation de quelques décigrammes d'opium brut, etc., ou diverses pommades, telles que :

℞ Axonge............. 30 gram. | Extrait de belladone........ 5 gram.

Mêlez. Pour onctions sur les points douloureux.

(1) Voy. *Traité des névralgies*, p. 144.

℞ Axonge............... 30 gram. | Extrait d'aconit............ 3 gram.

Mêlez. A employer *ut suprà*.

ou encore, suivant le docteur Turnbull :

℞ Aconit............. 0,10 gram. | Alcool................ 6 gouttes.

Triturez avec soi et ajoutez :

Axonge.............................. 30 gram.

Le docteur Lasanna (1) vante les bons effets de l'*atropine* qu'il prescrit sous forme de pommade :

Atropine............... 15 centig. | Alcool à 36°................ Q. s.

Pour dissoudre. Ajoutez :

Axonge.................................. 12 gram.

Mêlez. Toutes les trois heures on fait des frictions sur la partie malade avec gros comme un pois de cette pommade.

Mais je n'insiste pas sur cette médication, qui est, comme la précédente, simplement adjuvante, et qui a bien moins d'efficacité qu'elle.

Inoculations. — Un des meilleurs moyens d'employer les narcotiques à l'extérieur consiste, comme je l'ai dit plus haut, dans les *inoculations* d'un sel de morphine, comme les pratique M. le docteur Lafargue (de Saint-Émilion) (2). C'est surtout, comme je l'ai fait remarquer ailleurs, dans cette névralgie qui occupe des parties accessibles à la vue, que ces inoculations peuvent être employées avec avantage. Il faut les pratiquer sur le cuir chevelu, le front, la face, en un mot, sur toutes les parties atteintes par la douleur, et en faire tous les jours, ou même matin et soir, de 15 à 30, de manière à user de 8 à 10 centigrammes de sel de morphine, et plus encore, si on le juge nécessaire.

Mercuriaux à l'extérieur. — Les mercuriaux, et surtout le *deutochlorure de mercure*, appliqués à l'extérieur, ont un effet irritant bien connu de tout le monde. Est-ce à cette action, ou bien à celle qu'exercerait sur l'organisme le médicament après son absorption, qu'il faut rapporter les bons effets cités par Wedekind, Fleischmann (3), etc.? Je crois, d'après ce que j'ai dit dans l'article consacré à la névralgie en général, que la première supposition est celle qu'il faut admettre, l'absorption du médicament à travers l'épiderme paraissant trop peu active.

Fleischmann emploie la solution suivante :

℞ Sublimé corrosif...... 0,20 gram. | Eau distillée............. 30 gram.

Dissolvez. Appliquer sur les points douloureux des compresses trempées dans cette solution

Des praticiens ont fait des onctions avec l'*onguent napolitain*, la *pommade au*

(1) *Journal des connaiss. méd.-chirurg.*, 15 avril 1852.
(2) *Des avantages de l'inoculation de la morphine*, etc. (*Bull. gén. de thérap.*, t. XXXIII, 1847).
(3) *Hufeland's Journ.*, 1836.

calomel, etc.; mais nous manquons des faits nécessaires pour nous prononcer sur cette médication.

Topiques divers. — Il me suffit d'indiquer, parmi ces topiques, l'application du *froid* à l'aide de compresses trempées dans l'*eau froide*, de *lotions* du même liquide, de la *glace;* les lotions avec de l'eau et une certaine quantité d'*éther sulfurique* ou *acétique;* avec des *liqueurs spiritueuses*, des *solutions alcalines*, etc.; ou bien l'application de la *chaleur*.

Une réflexion générale qui s'applique à l'emploi de ces moyens, c'est que la plupart déterminent dans la peau un trouble marqué de la circulation, et quelques-uns une irritation légère. Tout prouve au reste qu'ils ont une action bien inférieure à celle du vésicatoire et de la cautérisation transcurrente, car on a été obligé de les unir à d'autres remèdes, et bien souvent on les a abandonnés pour une médication plus active.

M. Guérard (1) cite un cas de névralgie de dix-huit mois de date, rebelle à tous les traitements, qui céda à une application de *collodion* sur les points douloureux. C'est un moyen qu'on peut facilement essayer.

Électricité — C'est, comme je l'ai dit, dans le traitement de la névralgie trifaciale que l'électricité a procuré le plus de succès. Ce moyen, qui a été employé par un assez grand nombre de médecins, est mis en usage par Magendie, ainsi qu'il suit :

EMPLOI DE L'ÉLECTRICITÉ.

Magendie se sert constamment d'aiguilles qu'il fait pénétrer sur le nerf ou très près de lui. Il implante l'aiguille correspondant au pôle positif vers le tronc du nerf, et l'autre dans le point le plus douloureux de ceux où se rendent les filets nerveux.

Il se sert de la machine électro-magnétique de Clarke; on peut employer celle des frères Breton. Il donne quelques secousses; si la douleur disparaît, il s'arrête et attend. Reparaît-elle, il fait encore une ou deux applications galvaniques, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de douleur. Le lendemain et les jours suivants on recommence si la douleur s'est reproduite. Il n'y a aucun pansement à faire.

D'autres médecins ont employé la machine électrique ou la bouteille de Leyde. On sait combien M. le docteur Duchenne (de Boulogne) a perfectionné l'application de l'électricité, qu'il a employée, dans la névralgie qui nous occupe, avec son habileté ordinaire.

Les opinions sont partagées sur les effets de cette médication, qui quelquefois a beaucoup exaspéré la douleur (2). Je ne répéterai pas ici ce que j'en ai dit à propos de la névralgie en général.

Je ne crois pas qu'il soit plus nécessaire d'insister sur l'emploi de l'*acupuncture*, des plaques *aimantées* et des moxas.

Cautérisation profonde. — La *cautérisation profonde* forme la partie la plus saillante du traitement de la névralgie du nerf maxillaire inférieur.

(1) *Gazette des hôpitaux*, octobre 1852.
(2) Voy. Leydig, *Dol. faci.*, etc. Heidelb., 1807.

Traitement de la névralgie maxillaire inférieure. — André (1) est celui qui le remier a proposé cette opération ; et voici comment il l'a pratiquée dans deux cas e névralgie très ancienne et très douloureuse, dans lesquels il a obtenu un succès omplet.

CAUTÉRISATION PROFONDE (PROCÉDÉ D'ANDRÉ).

Il commençait par appliquer sur le point douloureux, c'est-à-dire au niveau du ·ou mentonnier, un fragment de *potasse caustique*, de manière à produire une schare, et, soit à l'aide de *caustiques liquides*, soit à l'aide du *cautère actuel*, il énétrait chaque jour plus profondément, jusqu'à ce qu'il arrivât sur les filets nereux et sur l'os. Il détruisait ces filets nerveux, puis il *entretenait la suppuration* endant fort longtemps (trois et quatre mois). Ayant voulu fermer trop tôt la plaie, vit dans un des cas la douleur revenir, quoique la suppuration eût été entretenue lus d'un mois. Dans un cas, il enleva à l'aide du trépan, la paroi antérieure du anal dentaire, pour aller cautériser le nerf dans son intérieur.

Je dois faire quelques réflexions sur la manière d'exécuter cette opération. Dans n cas où, après la chute de l'eschare, j'ai cherché à atteindre les nerfs à l'aide des austiques liquides, j'ai vu les bourgeons charnus se reproduire si rapidement, qu'il n'a fallu, au bout de plusieurs jours des plus vives souffrances, mettre en usage le aûtère actuel. Je crois donc qu'il est plus convenable, après avoir incisé l'eschare roduite par la potasse caustique, de détruire immédiatement les tissus avec le er rouge, opération beaucoup moins douloureuse que l'application du caustique iquide.

J'ai indiqué les succès obtenus par André ; dans le cas que je viens de citer, a névralgie n'a été modérée qu'un instant, quoique l'insensibilité de la lèvre inféieure prouvât que les filets nerveux étaient atteints. Il est vrai que l'excision du erf pratiquée antérieurement n'avait produit qu'un calme d'une durée limitée, et ue tout portait à croire que la source de la douleur n'était pas bornée à la houppe erveuse du menton. Ce qui le prouvait surtout, c'était que, dès qu'on avait calmé es douleurs dans ce point, elles se faisaient sentir violemment vers l'articulation emporo-maxillaire. Aurait-on eu plus de succès en attaquant le nerf dans l'intéieur du canal ? C'est ce qu'il est impossible de dire.

On peut facilement appliquer cette cautérisation au nerf frontal.

Incision ; excision du nerf malade. — Tout le monde est d'accord sur un point, 'est que la simple incision du nerf est presque toujours insuffisante, et qu'il vaut nieux recourir à l'excision. Par ce dernier moyen on a obtenu des succès éclatants. 'ai cité dans mon ouvrage des faits de guérison obtenus par A. Bérard, dans des as très rebelles. M. J. Roux, chirurgien de la marine, en a rapporté de plus oncluants encore. Lors donc que les autres moyens ont été vainement employés, t que les douleurs ne paraissent pas entretenues par une altération profonde, n doit recourir à l'excision. Je me bornerai à mentionner ici, sans les décrire, les rocédés employés par M. Velpeau, A. Bérard, M. J. Roux et M. Beau, chirurgien e la marine (2).

(1) *Observat. sur les maladies de l'urèthre et sur plusieurs faits convulsifs.* Paris, 1756, 1-12.

(2) Voy. *Union médicale.*

Je me contenterai également de signaler un traitement tout particulier employé par M. Hullihan (1), attendant, pour mieux l'apprécier, des faits plus nombreux. Ce traitement consiste dans la *perforation du sinus maxillaire*, soit par une alvéole, soit par son plancher, et ensuite dans des *injections avec une solution de nitrate d'argent* dans la proportion suivante :

℞ Eau distillée........... 30 gram. | Nitrate d'arg. cristall. de 0,25 à 0,60 gram.

Tels sont les moyens externes les plus importants. Je n'ai pas besoin d'ajouter que, dans les cas ordinaires, je donne la préférence aux *vésicatoires volants*. Si l'affection résiste, on emploie la *cautérisation* transcurrente, puis la *cautérisation profonde*, ou l'*excision du nerf* malade.

2° Médication interne. — *Pilules de Méglin.* — Parmi les remèdes administrés à l'intérieur, il n'en est pas de plus célèbre que les *pilules de Méglin*, dont voici la composition.

L'auteur avait donné d'abord cette formule :

℞ Extrait de jusquiame noire 0,05 gram. | Oxyde de zinc sublimé.... 0,05 gram.

Pour chaque pilule.

Plus tard il modifia cette formule ainsi qu'il suit :

℞ Extrait de jusquiame noire, Racine de valériane sauv.. } àà 0,05 gram | Oxyde de zinc sublimé.... 0,05 gram

Pour chaque pilule.

C'est cette dernière formule qu'on emploie généralement; mais en examinant les faits, on ne voit pas qu'elle ait plus d'efficacité que la précédente.

Voici maintenant comment, d'après l'auteur, ces pilules doivent être administrées :

ADMINISTRATION DES PILULES DE MÉGLIN.

D'abord une pilule matin et soir; puis on double la dose tous les jours, jusqu'à ce qu'une amélioration sensible, ou quelques accidents du côté des voies digestives et de l'encéphale viennent avertir le médecin qu'il a atteint ou dépassé la dose convenable. Après l'administration de chaque pilule, on fait prendre immédiatement une *infusion de tilleul* et *de feuille d'oranger*.

Lorsque l'amélioration est bien marquée, et qu'on peut considérer la guérison comme assurée, on ne suspend pas brusquement l'emploi des pilules, mais on le continue à doses décroissantes, et de manière à suivre, en sens inverse, l'ordre indiqué pour les doses croissantes. Enfin on continue les dernières doses pendant un temps plus ou moins long.

Les succès obtenus par l'auteur que j'ai cité (2) ont été proportionnellement nombreux, et plusieurs sont très remarquables. Mais aucun autre médecin n'a é

(1) *American Journ. of dental science*, et *Bulletin gén. de thérap.*, octobre 1847.
(2) Voy. *Traité des névralgies*.

avoir obtenu de semblables en nombre suffisant, et, depuis la publication de mon livre, ayant eu trois fois recours à cette médication de la manière indiquée, je n'ai obtenu qu'une amélioration très incomplète, quoique j'eusse poussé les doses jusqu'à produire des troubles cérébraux et gastriques.

Valérianate de zinc. — Depuis quelque temps, le valérianate de zinc jouit de la plus grande réputation, surtout en Italie, comme remède contre les névralgies, et principalement contre la névralgie trifaciale. Nous avons vu que les pilules de Méglin contiennent de la valériane et de l'oxyde de zinc; on pourrait par conséquent, au premier abord, regarder ces deux médicaments comme semblables; mais comme il est très possible que le mode de combinaison des substances ait une grande part dans l'action de ces préparations, il faut dire un mot de cette médication.

M. Devay (1) est le médecin français qui a le plus préconisé l'emploi du valérianate de zinc. Il l'administre de la manière suivante :

℞ Valérianate de zinc..... 0,60 gram.	Gomme adragante.......... 2 gram.

Faites douze pilules. Dose : une le matin et une le soir.

Cette dose, comme le remarque M. Devay, peut être augmentée sans danger; nous voyons, dans un cas, M. Martin-Solon (2) commencer par trois pilules, et au bout de quelques jours en doubler le nombre sans déterminer d'accidents.

Ce médicament peut encore être administré sous forme de poudre comme il suit :

℞ Valérianate de zinc...... 1 gram.	Sucre en poudre............ 5 gram.

Divisez en vingt paquets; à prendre d'un à quatre par jour.

Enfin on peut le donner en potion :

℞ Eau distillée.......... 120 gram. Valérianate de zinc..... 0,10 gram.	Sirop de sucre............ 30 gram.

Mêlez. Dose : une cuillerée toutes les demi-heures.

Comme pour tous les médicaments proposés, on a cité un certain nombre de guérisons par ce moyen; mais M. Devay regarde comme devant être rebelles à ce traitement et les *névralgies à principe rhumatismal*, et les *névralgies larvées à courte période*, ce qui ne doit pas nous inspirer une très grande confiance dans la substance dont il s'agit, surtout si l'on compare ses effets à ceux des vésicatoires et de la cautérisation, qui ne comptent pas un aussi grand nombre d'exclusions. Il faut d'ailleurs un temps ordinairement assez long (30, 40 jours et plus) pour obtenir une guérison solide; et j'ai fait voir que, pour les vésicatoires, le traitement, dans la plupart des cas, était beaucoup plus court. Je renvoie, au reste, à la fin de ce paragraphe, pour faire des réflexions générales sur la manière dont on s'est livré aux recherches thérapeutiques sur cette maladie, et sur les causes de la grande incertitude dans laquelle tant de propositions contradictoires laissent le praticien.

(1) *Gazette médicale*, juin 1844.
(2) *Bulletin de thérap.*, t. XXVII, 1844.

M. le docteur Tournié (1) associe à ce médicament la *jusquiame* et l'*opium*, et cite huit observations, dans lesquelles la névralgie a disparu dans une moyenne de six jours.

Il l'administre ainsi :

℞ Valérianate de zinc......	0,30 gram.	Extrait d'opium...........	0,08 gram.
Extrait de jusquiame.....	0,15 gram.	Conserve de rose..........	Q. s.

Faites six pilules.

Le premier jour M. Tournié en donne 2 ou 3, à trois heures d'intervalles l'une de l'autre. « Il est très rare, dit-il, que cette première dose ne calme pas presque » complétement la douleur. Si elle n'est que légèrement diminuée, on renouvelle le » second jour la même dose que celle du premier jour. » Il ne lui est jamais arrivé de donner les trois pilules pendant trois jours de suite. Lorsque la névralgie a très sensiblement diminué d'intensité, on donne deux ou une pilule par jour, selon que l'on en avait donné trois ou deux les premiers jours ; et au bout de quatre ou cinq jours la névralgie est guérie.

Carbonate de fer. — Ce médicament, vanté surtout par le docteur Hutchinson, a procuré sans doute quelques guérisons; mais l'examen des faits auquel je me suis livré (2) m'a prouvé que c'était un médicament d'une efficacité très bornée. C'est aux cas où il y a des signes de chlorose, que quelques auteurs, et entre autres M. Trousseau (3), veulent qu'on borne son application. Il est permis de croire, en effet, qu'il convient principalement en pareille circonstance; j'ai noté qu'il avait agi de la même manière chez les hommes et chez les femmes. On l'a donné à la dose de 2, 3, 4 et 5 *grammes.*

Narcotiques à l'intérieur. — Les réflexions faites à propos de l'application des narcotiques à l'extérieur s'appliquent à leur usage interne. On peut même dire qu'ils ont moins d'efficacité, comme antinévralgiques, quand on les administre de cette manière. Sans doute, on a cité des exemples de guérison ; mais quel est le remède employé qui n'est pas dans ce cas? Il faut prendre garde d'ailleurs de s'en laisser imposer par ces cas où la névralgie tend à disparaître d'elle-même.

Je me bornerai par conséquent à indiquer l'emploi de l'*opium*, des *sels de morphine*, du *datura stramonium*, de l'*aconit*, de la *belladone* et même de la *ciguë*, quoique Fothergill (4) lui ait attribué une vertu particulière. Dans les cas où, à l'aide de ces moyens, on a obtenu l'amélioration la plus marquée, on a élevé très haut les doses, d'une manière croissante.

Mercuriaux à l'intérieur. — C'est le calomel qu'on a le plus employé de cette manière. Voici la poudre que conseille P. Frank :

℞ Musc.................	0,05 gram.	Soufre doré d'antimoine....	0,03 gram.
Calomel...............	0,03 gram.		

Prendre cette poudre deux fois par jour.

(1) *Union médicale*, 2 et 4 décembre 1851.
(2) Voy. *Traité des névralgies*, p. 184 et suiv.
(3) *Traité de thérap.*, t. I.
(4) *Med. obs. and inquiry*, 1776.

Le docteur Macter (1) a vu disparaître une névralgie, qui durait depuis cinq ans, après l'administration de la préparation suivante :

℞ Extrait de ciguë....... 0,10 gram. | Calomel.............. 0,10 gram.

A prendre deux fois par jour.

Quelques auteurs n'ont pas craint d'administrer les préparations mercurielles jusqu'à production de la salivation ; mais quelques succès au milieu d'insuccès nombreux ne suffisent pas pour engager à recourir à cette médication.

Antispasmodiques. — L'efficacité des antispasmodiques dans la maladie qui nous occupe n'est pas assez bien démontrée par les faits pour qu'il soit nécessaire d'entrer dans de grands détails sur ce point. Je me borne par conséquent à indiquer l'emploi du *musc*, du *castoréum*, du *camphre*, de l'*asa fœtida*, moyens qu'on peut mettre en usage pour calmer certains symptômes, mais dont on ne doit pas attendre une guérison définitive.

Noix vomique. — M. Rœlants (de Rotterdam) (2), a rapporté vingt-neuf observations dans lesquelles la noix vomique a produit vingt-cinq guérisons, trois des malades restant en traitement au moment où l'auteur écrivait, et le dernier sujet n'ayant pas pu être traité complétement.

Ce sont là assurément de beaux succès, surtout quand on considère que la maladie était souvent ancienne et avait résisté à d'autres traitements. Mais il y a à ce sujet quelques remarques à faire. D'abord les résultats obtenus par M. Rœlants, ou par les autres médecins dont il a cité les observations, ne sont pas énoncés d'une manière aussi précise qu'on pourrait le désirer. Ainsi, après la proposition que j'ai reproduite plus haut, relativement aux guérisons, M. Rœlants ajoute que, dans un cas, la guérison fut incomplète, et que dans un autre, emprunté à M. Leviez, il a fallu renoncer à la noix vomique. Néanmoins il reste encore un nombre considérable de guérisons avérées. Mais ce traitement peut causer des accidents graves ; c'est ainsi que, dans le cas que je viens de mentionner et qui appartient à M. Leviez, il y a eu des convulsions d'une intensité extrême, et l'on sait qu'en pareil cas les accidents peuvent être tels que la mort survienne, malgré tous les efforts du médecin.

Je ne sache pas que ce médicament ait été mis en usage, parmi nous, de la manière recommandée par M. Rœlants, et que je vais indiquer tout à l'heure ; mais quel que soit le résultat que donnent les recherches qui pourraient être faites ultérieurement, je crois que, vu les accidents dont je viens de parler, on ne doit recourir à la noix vomique qu'après avoir employé des moyens moins violents, et surtout les vésicatoires.

La manière d'administrer le médicament est fort simple :

℞ Noix vomique en poudre..................... 0,03 gram.

A prendre toutes les deux heures, dans un peu d'eau sucrée.

Peut-être beaucoup de médecins trouveront-ils qu'il vaudrait mieux commencer

(1) *Graef. und Walter's Journal*, 1833.
(2) *Alg. Konst.*, *Letterbode*, n° 10, 1843.

par une dose beaucoup plus faible, et l'augmenter plus ou moins rapidement en surveillant les effets du remède. Je crois que cette conduite doit être suivie, et qu'on évitera par là des accidents graves, qui chez quelques sujets peuvent se développer après l'ingestion d'une faible dose de noix vomique, puisque, chez le malade observé par M. Leviez, il suffit de deux prises de 5 centigrammes de noix vomique pour occasionner les convulsions indiquées.

Arsenic. — Je ne ferai que mentionner ici cette substance, bien qu'on ait cité des guérisons remarquables par son emploi. Nous n'avons pas de résumé d'un nombre suffisant de faits qui nous fasse connaître d'une manière précise son degré d'efficacité; c'est donc un de ces moyens auxquels on ne doit avoir recours qu'en désespoir de cause, et lorsque ceux qui ont le plus de succès dans les cas ordinaires ont complétement échoué.

Vomitifs. — La plupart des auteurs ont admis qu'il est certains cas où la névralgie est liée à un *état saburral* des premières voies, et que dans ces cas un vomitif ou un vomi-purgatif produit le meilleur effet. Je n'ai pas, pour mon compte, trouvé de névralgie bien caractérisée, et ayant une certaine durée, qui présentât ce caractère. Je ne nie cependant pas la possibilité du fait; mais je pense que dans les cas cités par les auteurs, il n'était question d'autre chose que de la céphalalgie qui accompagne l'embarras gastrique, et qui était un peu plus violente qu'à l'ordinaire. Le défaut de détail des observations empêche de se faire, sur ce point, une opinion plus précise. Quoi qu'il en soit, un vomitif ordinaire ou un *éméto-cathartique* est administré en pareil cas, et l'on répète le médicament si l'affection résiste.

Je ne pousserai pas plus loin cette revue des médicaments employés dans la névralgie trifaciale, parce que, dans l'administration de tous les autres, on ne trouve rien de positif; je me bornerai à une simple énumération de certains moyens préconisés, et je passerai ensuite au traitement de la névralgie intermittente périodique.

Moyens divers. — Parmi les autres moyens proposés, on distingue la poudre des feuilles du *rhus toxicodendron*, à la dose de 2 centigrammes, trois fois fois par jour (Anderson); les frictions avec le *goudron* (1), l'*hydrochlorate de potasse;* le *carbonate de cuivre*, à la dose de 4 grammes par jour (Richmond); le *carbonate de potasse;* le *cyanure de potassium;* l'application externe d'une solution de *tartre stibié* (2), ou de la *pommade stibiée* avec incorporation de *mercure* (3); des frictions avec la *vératrine*, d'après la formule suivante (4):

℞ Vératrine...... de 0,50 à 1 gram.	Axonge................ 30 gram.

Mêlez. Faire, deux fois par jour, des frictions sur les points douloureux, avec gros comme une noisette de cette pommade.

Enfin, l'*acide cyanhydrique*, le *café*, l'exposition à la *vapeur de l'eau bouillante*, et même l'usage interne du *phosphore*.

Je terminerai cette énumération en donnant deux formules de pilules dites *anti-*

(1) Coiwille, *The Edinburgh med. and surg. Journ.*, 1814.
(2) Magri, *The Lond. med. and phys. Journ.*, 1820.
(3) Thompson, *Cases of tic dol.*, etc. London, 1834
(4) Turnbull, *On invest.*, etc. London, 1834.

névralgiques, et qui contiennent plusieurs des substances préconisées. La première, employée par M. Trousseau, est ainsi conçue :

℞ Extrait de stramoine.... / Extrait aqueux d'opium..	āā 0,50 gram	Oxyde de zinc............ 0,50 gram.

Faites quarante pilules. A administrer depuis une jusqu'à huit dans les vingt-quatre heures. Il faut avoir soin d'en porter la dose jusqu'au point où le malade commencera à éprouver des hallucinations, ou au moins un grand trouble de la vue, et continuer ainsi au moins quinze jours après la cessation totale des douleurs.

Pour engager le praticien à mettre en usage ce traitement, il serait nécessaire de produire un grand nombre de faits bien analysés et très concluants.

M. Marchal (de Calvi) propose les pilules suivantes, qui ont réussi dans un cas qui avait résisté à plusieurs moyens, et notamment aux vésicatoires réitérés et à l'hydrochlorate de morphine par la méthode endermique (1) :

℞ Sulfate de quinine......	0,80 gram.	Poudre de feuille d'oranger..	āā 1 gram.
Extrait de valériane.....	1 gram.	Poudre de cannelle.........	
Extrait aqueux d'opium..	0,20 gram.	Sirop de belladone..........	Q. s.

Faites trente pilules. Dose : une toutes les heures.

Je ne fais que mentionner le fait observé par M. Marchal ; ainsi isolé, il ne peut avoir d'autre importance que d'attirer l'attention des observateurs sur les effets de ces pilules où entrent plusieurs substances actives, mais d'une action très différente.

Traitement de la névralgie trifaciale périodique. — C'est, ai-je dit plus haut, dans la névralgie trifaciale que la maladie présente le plus souvent le type intermittent. C'est aussi dans cette affection qu'on a obtenu les plus nombreux succès à l'aide du *quinquina* et du *sulfate de quinine*. M. Rennes est, de tous les médecins, celui qui a été le plus heureux à l'aide de cette médication, puisque, sur trente-deux cas qu'il a observés dans l'espace de quinze mois, il n'en est aucun qui n'en ait été promptement guéri par le sulfate de quinine. Dans les cas que j'ai recueillis, et qui présentaient une périodicité marquée, la moitié ont été rebelles à cette médication, tandis que les autres étaient améliorés en trois ou quatre jours, et complétement guéris en huit ou dix. Je n'ai pas pu trouver la raison de cette différence, qu'on remarque dans les observations des autres aussi bien que dans les miennes, ce qui m'a fait penser que les malades observés par M. Rennes étaient dans des circonstances particulières.

Le *sulfate de quinine* se donne à la dose de 40, 50, 60 centigrammes, ou même *un gramme*, et davantage. Je dois répéter ici ce que j'ai dit à propos de la névralgie périodique en général. D'après mes observations, j'avais pensé (2), que, lorsque le médicament n'a pas, dans les trois ou quatre premiers jours, un effet évident, il est inutile d'insister sur son administration. Or, cette proposition, bien qu'incontestable d'une manière générale, est néanmoins un peu trop absolue. J'ai observé récemment un cas dans lequel l'accès n'a été modifié qu'au bout de six ou sept jours, et ayant plus tard élevé la dose du sulfate de quinine à un gramme et plus, j'ai trouvé beaucoup moins de cas réfractaires.

(1) *Gazette des hôpitaux*, janvier 1846.
(2) Voy. *Traité des névralgies*, p. 176.

dication interne. — Pilules de Méglin; valérianate de zinc; carbonate de …cotiques à l'intérieur; mercuriaux à l'intérieur; antispasmodiques; noix …; arsenic; vomitifs; moyens divers.

…itement de la névralgie trifaciale périodique.

ARTICLE VI.

NÉVRALGIE CERVICO-OCCIPITALE.

Bérard est le premier (1) qui ait désigné d'une manière positive cette …ion, dont la description manquait encore. J'ai pu la décrire avec précision, …de de plusieurs observations que j'ai rassemblées, et dont quelques-unes …tiennent à des auteurs qui ont pris la maladie pour une névralgie du nerf …l.

…iége de la maladie. — Cette maladie a son siége dans les *branches postérieures des quatre premières paires cervicales*, parmi lesquelles la plus importante …e grand nerf occipital d'Arnold.

…auses. — Je n'aurais rien à ajouter ici à ce que j'ai dit à propos de l'étiologie de …évralgie trifaciale.

…ymptômes. — 1° *Douleur spontanée.* — Si nous examinons d'abord ce qui a …ort à la *douleur gravative* et *continue*, nous trouvons qu'elle se fait sentir dans …ieurs points qui seront tout à l'heure bien précisés lorsqu'il s'agira de la dou… à la pression, et que le plus constant et le plus incommode de ces points se …ve *entre l'apophyse et les premières vertèbres cervicales.* Les autres points où …it sentir cette douleur sont disséminés sur la partie postérieure de la tête et du …, et même sur l'épaule.

…Des *élancements* ou des douleurs analogues (piqûre, déchirement, etc.) vien…t, par moments plus ou moins rapprochés, se joindre à une douleur continue. … partent presque toujours d'un point situé au-dessous de l'occiput, un peu en …ors des vertèbres cervicales, et de là vont retentir dans les parties supérieures … crâne. Quelquefois ces douleurs lancinantes se font sentir jusque dans l'inté…r de l'oreille, mais dans un point qui ne paraît pas situé plus profondément que … conduit auditif externe.

2° *Douleur provoquée.* — La douleur à la pression fait reconnaître l'existence …s points suivants, qui peuvent très bien ne pas exister tous ensemble chez le …ême sujet, mais dont on trouve toujours plusieurs, surtout au moment des exacerbations. Ces points sont : le *point occipital*, entre l'apophyse mastoïde et les vertèbres cervicales; le *point cervical superficiel*, au lieu d'émergence des principaux nerfs qui concourent à former le plexus du même nom; le *point pariétal*, commun à cette affection et à la névralgie trifaciale; le *point mastoïdien*, sur l'apophyse mastoïde; le *point auriculaire*, sur la conque de l'oreille.

Ces divers points douloureux sont souvent assez étendus du côté du cou; ils sont au contraire généralement circonscrits sur l'apophyse mastoïde, la conque de l'oreille et la bosse pariétale.

Ce qu'il importe surtout de remarquer dans cette disposition des points douloureux, c'est ce point intermédiaire entre les deux névralgies de la tête, ou plutôt,

(1) *Dictionnaire de médecine*, 2° édit., t. II, art. NÉVRALGIE DE LA FACE.

comme je l'ai dit, ce point commun à ces deux affections. Il en résulte que les douleurs lancinantes se transmettent avec la plus grande facilité du nerf frontal au nerf occipital, et réciproquement, et même que la névralgie, d'abord née dans un de ces nerfs, envahit bientôt l'autre, de manière à y produire non-seulement la douleur lancinante, mais la douleur gravative et la douleur à la pression dans les points désignés. C'est ce qui m'a fait dire (1) qu'on pourrait établir deux nouvelles espèces de névralgies qu'on appellerait, l'une *trifacio-cervicale*, l'autre *cervico-trifaciale*, suivant le nerf qui serait le plus affecté. J'insiste sur ce point, parce qu'on verra plus loin quel jour ces faits jettent sur le *diagnostic*.

Relativement aux complications et aux *symptômes généraux*, je n'ai rien à dire ici qui n'ait été exposé dans l'article consacré à la *névralgie trifaciale*.

Marche, durée, terminaison de la maladie. — Comme la névralgie trifaciale, celle dont il s'agit ici présente des accès parfois très violents, et les exacerbations paraissent le plus souvent sous l'influence de l'abaissement de la température. La *durée* et la *terminaison* ne nous présentent non plus rien de particulier.

Diagnostic. — J'ai dit qu'on a maintes fois pris pour une *névralgie du nerf facial* l'affection dont il s'agit dans cet article. Nous avons maintenant l'explication de cette erreur. Les élancements partant d'un point voisin de l'oreille, se faisant même sentir dans le conduit auditif externe, se portent vers la face en contournant la tête par l'intermédiaire des nerfs occipital et frontal; le malade, si on ne l'interroge pas avec soin, et si l'on n'examine pas les parties à l'aide de la pression convenablement exercée, peut donc facilement vous tromper, car les points de départ et les points d'arrivée des élancements sont exactement ce qu'ils devraient être s'il existait réellement une névralgie du nerf facial. Il faudra donc, pour éviter l'erreur, rechercher avec soin les points occipital, pariétal et frontal, et avoir soin de demander au malade quel est le trajet des élancements. De cette manière, le diagnostic devient facile, comme j'ai pu maintes fois m'en assurer.

Voici comment j'ai posé ailleurs (2) le diagnostic de la névralgie cervico-occipitale et du *rhumatisme des muscles du cou*, ou *torticolis* : « On peut se demander, ai-je dit, s'il ne serait pas possible de confondre cette névralgie avec le rhumatisme du cou, connu sous le nom de *torticolis*. Mais voici ce que j'ai observé dans les cas où il n'existait qu'une douleur évidemment musculaire. Les mouvements de la tête étaient douloureux, à un degré ordinairement considérable; ils l'étaient surtout lorsqu'ils exigeaient une forte contraction des muscles affectés. S'il y avait des élancements, ils étaient sourds et restaient fixés dans les points malades; la pression déterminait une douleur moins vive, mais plus étendue que dans la névralgie; enfin, dans l'immobilité complète, la douleur était nulle, ou presque nulle, et ne revenait pas par accès. » Malgré cette distinction, il faut convenir que, dans certains cas, il y a un assez grand rapport entre les deux maladies; mais c'est une question sur laquelle je reviendrai en parlant du rhumatisme musculaire.

Le *pronostic* ne diffère pas de celui de la névralgie trifaciale.

Traitement. — Je ne crois pas pouvoir mieux faire relativement au traitement de la névralgie cervico-occipitale, que de reproduire le résumé que j'en ai donné

(1) *Traité des névralgies*, p. 270.
(2) *Ibid.*

ailleurs. Voici donc le résultat des faits tel que je l'ai consigné dans mon *Traité :*

« Le traitement employé dans plusieurs des cas précédents a été varié. On a vu le demi-succès obtenu par André à l'aide de la *cautérisation profonde* (employée sur le *point occipital*, de la même manière que sur le point mentonnier dans la névralgie du nerf dentaire inférieur) ; les *vésicatoires volants très multipliés* ont produit, dans un cas, un soulagement sensible à chaque application, sans toutefois triompher complétement de la maladie ; mais il s'agissait d'une de ces névralgies mobiles qui paraissent tenir à un état général du système nerveux, et qui sont si difficiles à guérir. Dans deux cas que j'ai observés récemment, l'emploi de deux vésicatoires volants appliqués sur le point douloureux de la nuque a été suivi du succès le plus prompt et le plus manifeste. Dans un autre, les inoculations de morphine ont parfaitement réussi. Dans un plus grand nombre la névralgie a été enlevée par la *cautérisation transcurrente.* L'emploi des *pilules de Méglin* a été avantageux chez un sujet, chez un autre le résultat a été moins évident. On n'a pas oublié le cas cité par Leydig (1), et, dans lequel la maladie ayant pris un caractère de périodicité prononcé, le *sulfate de quinine* en a promptement triomphé. L'emploi des *frictions mercurielles*, prescrit par Watton, et suivi d'une amélioration rapide et de la guérison définitive, a besoin d'être soumis à de nouvelles expériences.

» De tous ces moyens, c'est encore le vésicatoire volant multiplié qui a eu le plus souvent d'heureux effets ; c'est aussi celui que je recommande le plus particulièrement. »

J'ajoute que la cautérisation transcurrente est encore plus efficace ; ce dont je n'avais pas encore pu m'assurer à cette époque.

ARTICLE VII.

NÉVRALGIE CERVICO-BRACHIALE.

Lorsque je me suis occupé de la névralgie cervico-brachiale, il existait un certain nombre d'observations d'affections douloureuses ayant leur siége dans un ou plusieurs des rameaux nerveux qui fournissent au bras sa sensibilité. Mais on n'avait pas l'histoire complète de la névralgie occupant le membre supérieur. Ayant réuni un assez grand nombre de faits relatifs à cette maladie, j'ai pu en tracer une description générale dans mon *Traité des névralgies*, et comme depuis cette époque on ne nous a rien fait connaître d'important qui ne se trouve dans cette description, je me crois autorisé à la suivre.

Comme pour la névralgie trifaciale, je décrirai d'abord la névralgie occupant indifféremment les divers rameaux ; puis je dirai quelques mots des principales variétés, qui sont, comme on sait, les névralgies *radiale*, *cubitale*, *musculo-cutanée* et *médiane*.

Cotugno (2) s'était borné à indiquer l'existence, dans le nerf cubital, d'une douleur semblable à celle qui caractérise la névralgie sciatique. Chaussier n'a décrit

(1) Halliday, *Considérations pratiques sur les névralgies de la face.* Paris, 1832, p. 55.
(2) *Loc. cit.*, cap. XXXI.

que la névralgie *cubito-digitale*, et les auteurs qui l'ont suivi se sont bornés à donner des observations de névralgies musculo-cutanée, radiale, etc.

Causes. — Une *violence extérieure*, une brûlure, une piqûre, ont produit quelquefois une névralgie d'une branche nerveuse du membre supérieur. J'ai cité (1) une névralgie médiane due à une brûlure, et une névralgie cubitale due à une contusion. J'ai vu dans plusieurs cas la névralgie cervico-brachiale succéder à *des douleurs rhumatismales des muscles de l'épaule*, ce que je rappellerai quand je parlerai du rhumatisme. Je n'ai pas trouvé d'autres causes appartenant en propre à l'affection dont il s'agit. J'ai noté la plus grande fréquence de cette névralgie dans le membre gauche; mais les faits que j'ai recueillis sont en trop petit nombre pour qu'on regarde ce résultat comme définitif.

Symptômes. — 1° *Douleur spontanée.* — La douleur *contusive*, *gravative*, *continue*, s'est fait sentir dans tous les points; les recherches que j'ai faites dans ces derniers temps m'ont fait voir qu'elle se montre surtout à l'épaule, lorsque, comme c'est le cas le plus ordinaire, un certain nombre de branches du plexus sont affectées. On verra plus loin quels sont les points où cette douleur se fait principalement sentir.

Les *élancements* se portent ordinairement de l'extrémité supérieure du membre jusqu'à l'extrémité inférieure en suivant le trajet des nerfs. Dans un cas je les ai vus prendre leur source dans le creux de l'aisselle, et se porter en divergeant, d'une part vers l'épaule et le cou, et de l'autre vers la main, en suivant le nerf cubital.

2° *Douleur provoquée.* — Dans tous les cas où elle a été recherchée, la *douleur à la pression* a existé dans un certain nombre des points suivants : le *point cervical inférieur*, un peu en dehors des dernières vertèbres cervicales; le *point post-claviculaire*, dans l'angle formé par la clavicule et l'acromion; le *point deltoïdien* ou *circonflexe*, à la partie supérieure du deltoïde; le *point axillaire*, dans le creux de l'aisselle; le *point épitrochléen*, à l'endroit où le nerf cubital contourne l'épitrochlée; le point *cubito-carpien*, vers la jonction du cubitus et du carpe; le *point radial*, à l'endroit où le nerf de ce nom contourne l'humérus; le *point radio-carpien*, vers l'articulation du radius et du carpe; les *points digitaux*. Les névralgies musculo-cutanée et médiane ayant été recueillies par des auteurs qui n'ont pas exploré le membre à l'aide de la pression, on ne peut pas dire d'une manière précise quels sont les points douloureux qui appartiennent à ces variétés; on peut seulement les préjuger d'après les notions anatomiques.

De tous les points douloureux, ceux qui sont le mieux circonscrits sont généralement les points cubito-carpien et radio-carpien. La douleur qu'on y détermine par la pression convenablement exercée est quelquefois très grande, et l'on peut par ce moyen donner lieu à des élancements dans tout le membre. Les mouvements du bras, et, lorsque l'affection est violente, l'éternument, les grands mouvements du tronc, augmentent la douleur, surtout dans l'épaule.

Névralgie brachiale nocturne. — Le docteur Gamberini (2) a observé une forme singulière de *névralgie brachiale*, qui commence par une douleur à l'extrémité des doigts d'une main, le plus souvent aux deux derniers, pour s'étendre de là le

(1) *Loc. cit.*, cap. XXXI.
(2) *Il raccoglitore medico*, et Journal des connaiss. *médico-chirurg.*, 1er juillet 1848.

ong de l'avant-bras jusqu'à un ou deux pouces du coude. Jamais, dans les cas que L Gamberini a observés, elle n'a dépassé cette limite. C'est la nuit que la douleur e développe; elle fait perdre le sommeil et devient intense au point d'arracher des ris. Le jour ramène le calme avec lui; peu de malades conservent le moindre ressntiment des souffrances de la nuit. Quant à la partie douloureuse, elle n'offre, endant l'accès ni après, aucune altération sensible, ni augmentation de températre, bien que pendant ces douleurs le malade y accuse une vive sensation de chaur et cherche à écarter les couvertures. Et cependant, s'il cherche à calmer cette haleur importune par des réfrigérants, la souffrance devient atroce. Cette deruière est également exaspérée par des mouvements brusques. On entend quelqueis une crépitation manifeste des tendons, ressemblant au bruit de la neige qu'on crase sous les pieds. Le plus ordinairement il n'y a qu'un seul membre d'attaqué. es femmes sont plus particulièrement disposées à cette maladie, spécialement les emmes de vingt à trente ans, de constitution robuste, et dont la profession impose les mouvements fatigants aux membres supérieurs.

Le *sulfate de quinine*, qui semblerait si bien indiqué contre cette forme internittente de névralgie, est cependant complétement inefficace. La *belladone* paraît e remède le mieux approprié. La maladie n'a jamais manqué d'être promptement méliorée, et elle a été souvent guérie par des frictions faites sur les parties dououreuses avec une pommade contenant 4 grammes d'extrait de belladone pour 30 d'axonge. Il peut y avoir, d'ailleurs, à remplir d'autres indications tirées de 'état général. C'est ainsi qu'une saignée a complété la guérison chez une femme nceinte.

M. Gamberini rapporte quatre observations à l'appui de son travail. Il en avait déjà publié une première sur le même sujet en 1844.

Névralgie cubitale. — C'est la plus fréquente de toutes les variétés. Elle est uniquement caractérisée par la circonscription des douleurs dans le nerf cubital. Du reste, les points douloureux sont les mêmes. Ce qu'il y a surtout de remarquable dans les symptômes, c'est la douleur qui se fait sentir dans les deux derniers doigts de la main, et principalement dans le petit doigt. Quelquefois aussi il y a dans ces doigts un engourdissement semblable à celui que produit la compression du nerf cubital auprès de l'épitrochlée, ce qui a fait comparer cette névralgie aux douleurs que cause la contusion du nerf dans le lieu que je viens d'indiquer.

Névralgies radiale, médiane, musculo-cutanée.—La connaissance du trajet des nerfs qui sont le siége de ces affections suffit pour faire concevoir les symptômes qui leur sont propres. Je dirai seulement ici, relativement à la névralgie radiale, que le point douloureux qui existe à l'endroit où le nerf contourne l'humérus est surtout important à constater, et que, du côté de la main, le pouce est principaement douloureux et engourdi.

Je dois ajouter que, dans les cas où l'on a admis l'existence de ces névralgies partielles, on a généralement négligé de rechercher si les autres points du plexus brachial étaient ou n'étaient pas douloureux, et que tout porte à croire qu'ils n'étaient dans plusieurs de ces cas.

Sous le rapport des *complications* et des *symptômes* généraux, cette névralgie n'offre rien qui n'ait été indiqué à propos de la névralgie en général. Je n'ai non plus rien trouvé, dans les faits que j'ai analysés, qui m'ait fait penser que la

marche, la *durée* et la *terminaison* de la maladie présentent quelque particularité importante.

Diagnostic. — On peut confondre la névralgie cervico-brachiale, dans quelque rameau qu'elle ait son siége principal ou unique, avec un *névrome*, affection à laquelle Chaussier a donné le nom de *névralgie anomale*. L'exploration attentive du trajet des nerfs fera reconnaître la nature de la maladie, en constatant la présence ou l'absence de la tumeur qui caractérise le névrome.

On distingue cette névralgie du *rhumatisme musculaire*, dont le siége est dans le bras, aux caractères suivants que présente cette dernière affection, et que j'ai consignés dans mon *Traité* (p. 330) : « Dans ce rhumatisme, comme dans les autres, la douleur, soit spontanée, soit à la pression, occupe une plus large surface; les points douloureux ne sont point disséminés comme dans la névralgie; les élancements sont moins étendus, moins violents, et ne reviennent pas par accès marqués. C'est dans les mouvements que la douleur est à son summum d'intensité. Elle est quelquefois telle alors, qu'il est impossible au malade de remuer le bras, tandis que, dans l'immobilité, elle est nulle ou presque nulle. »

M. Tanquerel des Planches a donné les caractères distinctifs suivants de la névralgie dont il s'agit et de l'*arthralgie saturnine*. Jamais celle-ci n'a un trajet aussi circonscrit que la névralgie ; elle ne suit pas les cordons nerveux ; elle occupe quelquefois toute l'épaisseur des membres près des articulations. J'ajoute que les points douloureux de la névralgie ne se trouvent pas dans l'arthralgie saturnine.

Rien de particulier sous le rapport du *pronostic*.

Traitement. — Je n'ai que quelques mots à dire relativement au traitement; dans tous les cas que j'ai traités par les *vésicatoires volants multipliés*, le succès a été rapide et constant. Cotugno veut qu'on applique le vésicatoire sur un seul point, l'épitrochlée, parce qu'il le compare au point douloureux qui, dans la sciatique, occupe la tête du péroné, qui est, comme on sait, le lieu d'élection pour l'application de l'emplâtre vésicant dans le traitement de la névralgie du membre inférieur. Depuis que j'emploie la *cautérisation transcurrente*, la guérison a été plus rapide et non moins constante que par les vésicatoires multipliés.

Dans quatre cas traités par M. Martinet, l'emploi de l'*huile essentielle de térébenthine* a réussi en peu de temps (de trois à douze jours), quoique, dans un d'eux, la maladie durât depuis trois ans. On devra donc avoir recours à ce médicament, si les vésicatoires échouent. Je n'entre pas ici dans des détails sur le traitement par l'huile de térébenthine, parce qu'il en sera longuement question ailleurs (1).

Enfin on ne doit pas plus dans cette névralgie que dans toute autre, perdre de vue l'indication fournie par le caractère intermittent périodique, puisque dans un des cas que j'ai rassemblés, le *sulfate de quinine* a été avantageusement administré, et que, tout récemment, M. Vernois a cité un fait semblable.

(1) Voy. *Névralgie sciatique*, traitement.

ARTICLE VIII.

NÉVRALGIE DORSO-INTERCOSTALE.

Cette affection était à peine connue, lorsque Nicod (1) en traça une description assez détaillée, mais qui ne fixa pas beaucoup l'attention, parce que les signes de la maladie, tels qu'ils sont indiqués par l'auteur, étaient difficiles à constater. M. Bassereau (2) précisa bien davantage les caractères de cette névralgie, et fit connaître le premier les points douloureux à la pression dans les parois thoraciques, signe de la plus grande importance. Tels sont les principaux travaux qui peuvent nous être utiles, et dont j'ai usé dans mon *Traité des névralgies*, où, à l'aide d'un assez bon nombre d'observations que j'ai recueillies, j'ai tracé de la manière la plus complète qu'il m'a été possible la description de cette maladie. Il faut ajouter cependant que, sous un nom très différent, des médecins anglais et américains, parmi lesquels on doit citer les docteurs Brown (3), Pridgen Teale (4) et Isaac Parrish (5), ont évidemment décrit la névralgie intercostale.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La névralgie dorso-intercostale est suffisamment définie par le nom que je lui donne. Je l'ai appelée dorso-intercostale, parce que, dans les rameaux qui vont se distribuer à la peau du dos, on trouve presque toujours une douleur vive sous forme de *points douloureux* très importants à noter.

Les auteurs lui ont donné les noms de *névralgie thoracique*, *névralgie intercostale*, *névralgie des nerfs intercostaux*, des *nerfs spinaux*. Il y a encore d'autres dénominations que je dois signaler, bien qu'elles paraissent désigner une tout autre maladie, parce que, comme je crois l'avoir démontré ailleurs, l'examen des faits prouve que les auteurs ont eu réellement affaire à des névralgies intercostales ; je veux parler des noms employés par les auteurs anglais et américains, tels que : *spinal disease*, *spinal irritation*, *irritation of the spinal marrow*. Enfin, je dois le dire ici, il est plus que probable que, sous le nom de *pleurodynie*, on a bien des fois désigné une affection qui n'était autre que la névralgie dorso-intercostale.

La *fréquence* de cette affection est très grande. Depuis que je m'en suis occupé, j'en ai rencontré un nombre très considérable de cas, et dans les services dont j'ai été chargé dans les hôpitaux, j'en ai toujours trouvé plusieurs exemples, en ne tenant compte que des cas les mieux caractérisés. Il est évident pour moi aujourd'hui que la névralgie dorso-intercostale est cinq ou six fois au moins plus fréquente que la sciatique.

(1) *Observation de névralgie thoracique* (*Nouv. journ. de méd.*, t. III, 1818).
(2) *Essai sur la névralgie des nerfs intercostaux*, thèse. Paris, 1840.
(3) *The Glasgow med. Journ.*, 1828.
(4) *A treatise on neur. diseases*. London, 1829.
(5) *On irritation of the spinal marrow*, etc. (*The Amer. Jour.*, 1832.)

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Je n'ai pas observé cette maladie chez des sujets de moins de neuf ans; c'est de dix-sept à quarante ans qu'elle se montre ordinairement. Le *sexe* a une très grande influence sur la production de la maladie, ainsi que Nicod l'avait déjà remarqué; dans la très grande majorité des cas, elle se manifeste chez les femmes.

Dans les cas que j'ai observés, les sujets étaient presque tous d'une *constitution* médiocrement forte et d'un *tempérament nerveux*. Chez la plupart des femmes, les *menstrues* présentaient, soit une *éruption douloureuse*, soit une *irrégularité* plus ou moins grande dans leur apparition, soit une *diminution*, soit une suppression. Quel est le rapport de ces troubles fonctionnels avec la névralgie? C'est ce qu'il est difficile de dire d'une manière précise. Cependant leur proportion considérable porte à croire qu'ils ne sont pas sans influence sur la production de la névralgie, ou du moins sans liaison avec elle. Les mauvaises *conditions hygiéniques* n'ont été notées que dans un petit nombre de cas.

Le plus souvent la maladie occupe le *côté gauche*. Quand elle se fait sentir des deux côtés, elle est aussi généralement plus vive à gauche. Je l'ai vue se montrer de préférence dans les *sixième*, *septième* et *huitième espaces intercostaux*.

2° Causes occasionnelles.

Parmi les sujets dont j'ai analysé les observations, il n'en est qu'un très petit nombre qui aient accusé des causes occasionnelles, et ces causes se réduisent à un *excès de travail*, ou à un *coup* reçu sur la poitrine. Dans quelques cas, la maladie survient après un *zona* des parois thoraciques, ou dans le cours de la *phthisie pulmonaire*. En continuant mes recherches, dans ces dernières années, j'ai vu que parfois l'apparition de la névralgie intercostale accompagnait ou suivait de près celle d'une *bronchite* parvenue aux dernières ramifications des bronches, à la partie inférieure des poumons. J'ai rencontré aussi quelques cas où, à la névralgie intercostale, se trouvait liée une *gastralgie* assez intense; j'en parlerai plus loin.

§ III. — Symptômes.

Douleur spontanée. — *Douleur continue.* — Elle est sourde, contusive, et bornée généralement aux points où la pression est douloureuse. Elle peut s'amender très notablement dans l'intervalle des accès, mais il est bien rare qu'elle disparaisse complétement.

2° *Douleur intermittente.* — Elle est vive, et constituée par des *élancements* revenant à des intervalles irréguliers. Ces élancements, qui parfois sont remplacés par un sentiment de *déchirement* ou de *piqûre*, ont leur point de départ, tantôt dans une partie du nerf, tantôt dans une autre; mais ordinairement ils se portent du dos vers l'épigastre ou la région précordiale, et toujours ils prennent naissance dans un des points douloureux à la pression, dont je vais donner la description.

Douleur provoquée. — La *douleur à la pression* est constante, même dans l'in-

ervalle des accès, bien qu'elle puisse diminuer notablement alors. Elle est semblable à celle qu'on produit quand on presse sur une partie contuse, et elle est quelquefois si grande, que les malades, par un mouvement presque involontaire, se dérobent brusquement à la pression. La peau est souvent douloureuse à un assez haut degré ; on en acquiert la preuve en la soulevant légèrement au niveau des points douloureux, ou encore en passant doucement le doigt sur elle ; les malades se plaignent vivement, comme si l'on pressait assez fortement la partie malade.

C'est surtout dans cette névralgie qu'il faut se rappeler que, après avoir produit une douleur vive dans un point, la pression peut momentanément cesser d'y être douloureuse. Mais, en attendant quelques instants, on voit la douleur reparaître.

La douleur à la pression se fait sentir ordinairement dans des points très limités, et placés à des intervalles assez grands sur le trajet des nerfs. Ces points sont les suivants : 1° *point postérieur* ou *vertébral*, un peu en dehors des apophyses épineuses, et à peu près vis-à-vis de la sortie du nerf par le trou de conjugaison ; 2° *point latéral*, à la partie moyenne de l'espace intercostal ; 3° *point antérieur*, *sternal* ou *épigastrique*, un peu en dehors du sternum, dans une moitié de l'épigastre, ou entre les cartilages, vers la région précordiale.

Ces points douloureux, ai-je dit, sont ordinairement très limités ; ils n'ont souvent pas plus de 2 ou 3 centimètres de diamètre : aussi est-il nécessaire de les chercher avec soin, car les parties qui les entourent immédiatement peuvent être entièrement indolentes. Dans quelques cas, la douleur à la pression se fait sentir dans des espaces beaucoup plus grands, et quelquefois tout le pourtour de la poitrine a une sensibilité exagérée ; mais, même alors, les points douloureux indiqués se font remarquer par la plus grande intensité de la douleur.

On ne croira pas que cette douleur à la pression est uniquement due aux manœuvres employées par l'explorateur, quand on saura que le côté opposé de la poitrine, lorsqu'il est sain, peut être pressé trois ou quatre fois plus fort, sans que le malade se plaigne et fuie la pression.

Les *grandes inspirations*, les *efforts de la toux*, et quelquefois les *grands mouvements du bras et du tronc*, exaspèrent aussi la douleur dans les points qui viennent d'être indiqués, mais tantôt dans l'un et tantôt dans l'autre, sans qu'on puisse découvrir de règle fixe.

Le plus souvent, lorsqu'on provoque la douleur par les moyens mentionnés plus haut, on ne produit qu'une douleur contusive ; mais, dans certains cas, qui ne sont pas très rares, on excite, en outre, des élancements semblables à ceux qui ont été décrits ; ou bien, en pressant dans un point, on détermine une douleur qui retentit dans un autre, et réciproquement.

Tels sont les symptômes locaux caractéristiques de la névralgie dorso-intercostale. Les *symptômes généraux* sont très peu constants et très légers. Dans d'autres parties du corps, on trouve souvent des douleurs de nature névralgique ou non, comme dans toutes les névralgies. Du côté des *voies respiratoires*, on n'observe rien de particulier ; l'auscultation et la percussion démontrent que l'état des poumons est normal dans les points affectés de névralgies *sans complication*. « Le *pouls*, ai-je dit ailleurs (1), était habituellement dans son état normal. Lorsqu'il

(1) *Traité des névralgies*, p. 349.

subissait quelques modifications, on en trouvait la cause ailleurs que dans la plus ou moins grande intensité des douleurs (dans l'influence du traitement, presque toujours). Il n'y avait ni chaleur, ni frissons, ni sueur qu'on pût rapporter à la violence de la névralgie, ou qu'on pût regarder comme des signes d'une fièvre larvée. »

Il en est généralement de même de l'*état des voies digestives*. Si quelquefois il survient des troubles gastro-intestinaux, ils sont ordinairement légers, et ne paraissent nullement liés à la névralgie intercostale. Mais, dans quelques cas, et j'en ai vu récemment un exemple remarquable à l'Hôtel-Dieu annexe, il existe des symptômes de *gastralgie*, qui sont, d'après ce que j'ai observé, sous la dépendance même de la névralgie. Ce fait me paraît assez important pour que j'entre dans quelques détails.

Le sujet dont je viens de parler éprouvait, lors de son entrée à l'hôpital, des douleurs dans les nerfs intercostaux qui sont ordinairement affectés. Ces douleurs, qui avaient tous les caractères indiqués plus haut, dataient de plusieurs jours, et leur apparition avait été promptement suivie de troubles de la digestion, et de vomissements des boissons ou d'une matière non colorée, fade ou salée, filante, évidemment muqueuse. Trois vésicatoires appliqués aux lieux d'élection ayant enlevé les douleurs en deux jours, les vomissements s'arrêtèrent pour ne plus revenir, et le malade fut pris, peu de temps après, d'une *névralgie cervico-occipitale*, se prolongeant jusqu'au nerf trifacial, et qui céda au bout d'un temps plus long à l'action des vésicatoires multipliés. Un autre fait de la même nature s'est passé en ville sous mes yeux. Je crois que l'attention des médecins doit se fixer sur ce point de pathologie. Sans doute, il est bien plus difficile d'expliquer ces symptômes gastriques que les symptômes utérins, que nous trouverons dans la *névralgie lombo-abdominale*, mais on peut supposer que la douleur se propage par l'intermédiaire du grand sympathique, ou bien qu'il existe, comme on l'a dit récemment, une *action réflexe;* et cette explication ne satisfît-elle pas complétement, il n'en serait pas moins important de connaître ces faits, puisque, d'une part, nous savons que, en combattant la névralgie dorso-intercostale, nous triomphons des symptômes gastriques, et, de l'autre, nous ne sommes pas certains que, en agissant directement sur l'estomac, nous puissions arriver aussi rapidement au résultat avantageux que j'ai obtenu.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Comme toutes les névralgies, celle qui nous occupe est formée d'*accès* plus ou moins violents et d'intervalles de calme plus ou moins longs. Je n'ai jamais vu la névralgie dorso-intercostale se présenter avec les caractères d'une affection périodique, et je ne connais pas de cas de ce genre. Ce fait paraîtra remarquable si l'on se rappelle ce que nous avons dit à ce sujet en parlant de la *névralgie trifaciale*. J'ai trouvé qu'en général les *exacerbations* correspondent à l'abaissement plus ou moins brusque de la température; mais il n'y a rien de fixe à cet égard.

La *durée* ne présente rien de particulier, non plus que la *terminaison*. Les choses se passent dans cette névralgie comme dans toutes les autres. Parfois elle prend un caractère *chronique*, et devient très rebelle à tous les traitements.

§ V. — **Diagnostic, pronostic.**

Lorsqu'on a bien présents à l'esprit le siége des douleurs, leur forme, et les ésultats de la pression sur les points douloureux, on ne saurait trouver de diffiultés réelles dans le diagnostic. Cependant il est bon de dire quelques mots de ertaines affections avec lesquelles la névralgie dorso-intercostale a sans doute été onfondue avant ces derniers temps, et avec lesquelles un examen peu attentif ourrait la faire confondre encore.

Je ne parlerai pas des *maladies de poitrine*, parce que l'absence de tout phénonène morbide à la percussion et à l'auscultation ne laisse aucun doute à cet égard lans les cas non compliqués, et que dans les cas compliqués, soit de bronchite iguë, soit de phthisie pulmonaire, le siége particulier des douleurs névralgiques l'est nullement celui qu'occupent les douleurs propres à ces affections, ce qui uffit pour le diagnostic. La *pleurésie sèche* pourrait seule offrir quelques difficultés; nais cette maladie, extrêmement rare, donne lieu à une gêne plus ou moins grande le la respiration, et à d'autres symptômes du côté des voies respiratoires, tels que *ruit de frottement* à l'auscultation, *toux*, *fièvre*, etc., ce qui suffirait pour le diagnostic, quand même le siége plus étendu de la douleur et la non-distribution en oints limités ne viendraient pas éclairer le médecin.

Il est, au contraire, important d'entrer dans quelques détails sur le diagnostic lifférentiel de la névralgie dorso-intercostale et du *rhumatisme des parois thoraiques*. Ce rhumatisme est, comme on sait, désigné sous le nom de *pleurodynie*. Or, aujourd'hui, pour tous ceux qui examinent les faits très attentivement, et qui ne se contentent pas de savoir qu'il y a une douleur dans un point de la poitrine, a pleurodynie est devenue une maladie rare, tandis que la névralgie dorso-interostale peut passer pour une des plus fréquentes. Cela ne prouve-t-il pas que, jusqu'à ces derniers temps, les névralgies dorso-intercostales, méconnues, ont été rises pour de simples *pleurodynies?* C'est ce qui n'est pas douteux pour moi, et e qui ne le sera pas davantage pour tous ceux qui voudront étudier les faits avec uelque attention. Mais il est des cas dans lesquels la douleur siége, non plus dans s points indiqués plus haut, mais dans un ou plusieurs des muscles du thorax. L'affection présente alors les caractères du *rhumatisme musculaire*, qu'il faut avoir distinguer de la névralgie. Voici comment j'ai posé ce diagnostic dans mon *Traité des névralgies* (p. 408) :

« Lorsque la douleur peut être rapportée au rhumatisme musculaire, elle ccupe un espace plus étendu, mal circonscrit. La douleur à la pression est en énéral moins vive, et l'on ne trouve pas les points limités dont j'ai parlé. Dans ucun cas, on ne constate une douleur siégeant uniquement dans deux points itués à une distance très grande l'un de l'autre, comme dans la névralgie dorsointercostale. Lorsque le rhumatisme est violent, la douleur est moins vive à la ression que dans les mouvements du tronc et dans les efforts de la toux, ce qui 'a pas lieu dans la névralgie. Quant aux élancements, ils n'ont pas de caractère istinctif bien tranché, et c'est ce qui explique comment, en négligeant l'examen irect des parois de la poitrine, on a pu commettre de nombreuses erreurs. » Je eviendrai sur ce point à propos du *rhumatisme musculaire*.

L'*angine de poitrine* présente certains caractères qui la rapprochent des névral-

gies, et même quelques auteurs n'ont vu dans cette affection qu'une névralgie de forme particulière. Une discussion est nécessaire à cet égard; je la renvoie à l'article qui sera consacré à l'angine de poitrine, ainsi que le diagnostic différentiel de cette affection et de la névralgie dorso-intercostale.

La névralgie dorso-intercostale pourrait faire croire à l'existence de certaines *affections du rachis* ou de la *moelle épinière*. Voici, à cet égard, comment j'ai établi ailleurs ce diagnostic important (1) : « Certaines *maladies de la moelle*, ai-je dit, donnent lieu à des douleurs plus ou moins limitées dans la colonne vertébrale; serait-il possible de les confondre avec la névralgie dont il s'agit? 1° Dans les cas de *méningite spinale*, la douleur est plus vive, plus étendue, et s'exaspère bien davantage sous la pression exercée sur les apophyses épineuses; lorsqu'elle s'irradie, ce n'est point dans tel ou tel espace intercostal, mais çà et là; il y a fréquemment des convulsions, de la contracture, du tétanos même, et rien de tout cela ne se rencontre dans la névralgie dorso-intercostale.

» 2° Les sujets affectés de *ramollissement de la moelle épinière* éprouvent fréquemment des douleurs qui, partant d'un point limité de la colonne vertébrale, entourent l'abdomen ou la base de la poitrine comme une ceinture. On conçoit donc que, dans des cas semblables, on puisse se demander s'il existe une névralgie dorso-intercostale. On évitera l'erreur en se rappelant les symptômes de cette névralgie. La douleur névralgique n'a lieu le plus ordinairement que d'un seul côté, ou si elle existe à droite et à gauche à la fois, elle est généralement beaucoup plus forte dans ce dernier côté; dans le ramollissement de la moelle, au contraire, elle a lieu des deux côtés, et est égale à droite et à gauche. La pression chez les sujets atteints de cette dernière affection n'est pas toujours douloureuse, même vers la colonne vertébrale; lorsqu'elle l'est, c'est sur une ou plusieurs apophyses épineuses; un peu à droite ou à gauche, et là où existe la plus vive douleur dans la névralgie, la pression la plus forte ne produit rien quand il s'agit d'un ramollissement de la moelle; de plus, il n'y a ni *point antérieur*, ni *point latéral*. Ainsi donc, il ne faut qu'une exploration un peu attentive pour distinguer l'une de l'autre ces deux espèces de douleurs, même en faisant abstraction de la *paraplégie*.

» Mais j'ai cité deux cas où la névralgie dorso-intercostale s'était développée *chez des sujets atteints de ramollissement de la moelle*; le diagnostic est-il alors plus difficile? Nullement. La névralgie conserve ses caractères distinctifs; ils sont même quelquefois d'autant plus remarquables qu'il existe en même temps une douleur plus profonde, bornée ordinairement à une seule apophyse, ne s'étendant ni à droite ni à gauche, et due évidemment à l'affection de la moelle.

» 3° Dois-je chercher à établir un diagnostic entre la névralgie dorso-intercostale et l'*irritation spinale* des auteurs anglais et américains? Mais je crois avoir suffisamment établi (2), dans l'historique, l'*identité de ces deux affections*, au moins dans la grande majorité des cas. Je ne sais même s'il existe réellement une irritation spinale. Toutefois quelques-uns des cas cités par les auteurs, et notamment celui qu'a recueilli Ollivier (d'Angers) (3), présentent des symptômes qui ne sem-

(1) Voy. *Traité des névralgies*, p. 420.
(2) *Ibid.*, p. 337 et suiv.
(3) *Traité des maladies de la moelle épinière.*

ient pas se rapporter à la névralgie dorso-intercostale. C'est donc un sujet à étuier de nouveau, mais avec plus de soin et d'exactitude.

» 4° J'ai encore à dire un mot des douleurs rachidiennes qui existent chez les ndividus affectés de *carie vertébrale*, ou d'une maladie organique de l'abdomen, elle que le *cancer de l'estomac* et *du foie*.

» On sait que, dans la *carie vertébrale*, on peut déterminer une douleur dans le oint du rachis où siége la maladie, en pressant sur les parties latérales de la poirine. Le mouvement qu'on imprime aux côtes, agissant sur les vertèbres malades, oit nécessairement produire cet effet. On pourrait croire alors avoir affaire à une ouleur névralgique développée par la pression dans un point éloigné de la sortie u nerf où elle viendrait retentir, comme cela avait lieu dans plusieurs des cas que 'ai cités. Mais on sera détrompé par les signes suivants. C'est surtout en pressant ur la côte, et non dans l'espace intercostal, qu'on détermine la douleur : on la fait aître tout aussi bien en pressant largement avec la paume de la main, qu'en n'emloyant que l'extrémité d'un doigt, et enfin on ne développe pas de douleurs dans e point pressé lui-même, tandis que, dans la névralgie, c'est là qu'elle acquiert le lus d'intensité.

» Quant à la douleur qui se manifeste dans certains cas de *cancer de l'estomac* u *du foie*, elle n'a pas été parfaitement décrite. Tout ce que l'on a noté, c'est qu'il y a des élancements qui traversent la poitrine et qui semblent aller de l'organe malade à un point fixe du rachis. Mais on n'a pas exploré avec assez de soin les espaces intercostaux, pour savoir si la pression y est ou non douloureuse. C'est un sujet de recherches qu'il faut signaler à l'attention des observateurs. »

Les questions que je viens de traiter dans le diagnostic m'ont paru avoir trop d'importance et de nouveauté pour ne pas être exposées avec détail, et c'est aussi ce qui m'engage à résumer les principaux traits de ce diagnostic différentiel dans un *tableau synoptique*.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la névralgie dorso-intercostale et de la pleurésie sèche.*

NÉVRALGIE DORSO-INTERCOSTALE.	PLEURÉSIE SÈCHE.
Respiration un peu douloureuse, mais généralement libre.	Respiration douloureuse et *gênée*.
État normal des organes à l'*auscultation*.	Par l'*auscultation*, on constate *un bruit de frottement* du poumon.
Ni toux, *ni fièvre*, à moins de complication.	*Toux*, *fièvre*.

2° *Signes distinctifs de la névralgie dorso-intercostale et de la pleurodynie.*

NÉVRALGIE DORSO-INTERCOSTALE.	PLEURODYNIE.
Points douloureux généralement peu étendus, *circoncrits*.	Douleur occupant un espace plus étendu, *mal circonscrit*.
Siégeant à des *distances plus ou moins éloignées*.	*Non disséminé* dans les points plus ou moins éloignés.
Douleur généralement *plus vive à la pression*.	Douleur généralement *moins vive à la pression*.
Moins vive dans les mouvements.	*Plus vive*, quelquefois insupportable dans les mouvements.

3° *Signes distinctifs de la névralgie dorso-intercostale et de la méningite spinale.*

NÉVRALGIE DORSO-INTERCOSTALE.	MÉNINGITE SPINALE.
Douleur *moins vive*.	Douleur *plus vive*.
S'exaspère moins sous la pression.	*S'exaspère beaucoup plus sous la pression* exercée sur les apophyses épineuses.
Moins étendue; n'occupe ordinairement que quelques espaces intercostaux.	*Plus étendue*; occupe souvent une très grande étendue de l'épine.
S'irradie *en suivant les espaces intercostaux*.	S'irradie *çà et là*.
Ni *convulsions*, ni *contracture*, etc.	*Convulsions*, *contractures*, etc.

4° *Signes distinctifs de la névralgie dorso-intercostale et des douleurs du ramollissement de la moelle épinière.*

NÉVRALGIE DORSO-INTERCOSTALE.	RAMOLLISSEMENT DE LA MOELLE.
Siége ordinairement *d'un seul côté*.	Douleurs *des deux côtés*.
Dans les cas de *névralgie double*, douleurs *plus vives dans un côté*, et ordinairement à gauche.	Douleurs *égales à droite et à gauche*.
Pression *toujours douloureuse*.	La pression *n'est pas toujours douloureuse*.
Douleur à la pression *dans les points indiqués*.	Douleur à la pression *sur les apophyses épineuses seulement*; ni point antérieur, ni latéral.

5° *Signes distinctifs de la névralgie dorso-intercostale et des douleurs de la carie vertébrale.*

NÉVRALGIE DORSO-INTERCOSTALE.	CARIE VERTÉBRALE.
En pressant sur la partie antérieure d'une côte, *on ne produit pas de douleur dans le rachis.*	*Douleurs vers le rachis*, lorsqu'on presse sur la partie antérieure d'une côte correspondant à la carie.
Douleur causée dans le point pressé lui-même.	*Pas de douleur* dans le point pressé.
La douleur à la pression n'est guère produite que *quand on presse avec l'extrémité du doigt*.	Même *en pressant largement*, on détermine la douleur communiquée par les mouvements des côtes.

Pronostic. — Le pronostic de cette affection n'est généralement pas grave. Il faut seulement savoir qu'elle est, parmi les névralgies, une de celles qui se reproduisent le plus fréquemment, sous l'influence de causes fort légères, et souvent même sans cause appréciable, et qu'elle a une assez grande tendance à passer à l'état chronique.

§ VI. — Traitement.

J'ai peu de particularités à mentionner relativement au traitement de la névralgie dorso-intercostale. Cette affection étant une de celles qui ont été le plus généralement méconnues jusqu'à ces dernières années, sa thérapeutique n'est pas riche.

Il résulte de mes recherches, que, de toutes les maladies de ce genre, la névralgie dorso-intercostale est celle qui cède le plus promptement et le plus constamment aux *vésicatoires volants multipliés*.

Quant à l'emploi des *sels de morphine* sur les vésicatoires, il ne doit pas être rejeté, parce que cette névralgie est quelquefois extrêmement douloureuse, mais ses avantages sont bornés comme dans toutes les autres névralgies.

J'ai vu plusieurs fois de très violents *accès de névralgie intercostale* qu'on pouvait prendre pour des *coliques nerveuses* (ou plutôt qui, par une erreur de diagnostic, doivent nécessairement avoir été bien des fois désignés sous ce nom de coliques), céder très promptement à l'emploi de trois ou quatre *sinapismes* sur les points douloureux. Mais cette médication ne produisait pas une guérison durable, et au bout d'un temps ordinairement très peu long, les douleurs caractéristiques de la névralgie se reproduisaient, avec ou sans accès violents.

Les *émissions sanguines* n'ont paru produire aucune amélioration, d'après mes premières recherches (1); mais depuis j'ai reconnu que, dans quelques cas peu fréquents, les *ventouses scarifiées* ont procuré une amélioration assez grande qu'une étude attentive des faits m'a fait rapporter plutôt à l'irritation produite par les incisions faites à la peau qu'à la perte de sang elle-même, ce qui rentre dans la règle que j'ai établie à propos du *traitement des névralgies en général* (2).

L'emploi des *narcotiques* à l'intérieur ne nous fournirait aucune considération réellement importante, bien que plusieurs auteurs, et notamment M. Bassereau, lui attribuent une certaine efficacité.

Parmi les moyens conseillés par M. Brown contre l'*irritation spinale* que nous avons vue ne pas différer de la maladie dont nous nous occupons, on distingue le *coucher en supination.* Cette position, d'après mes recherches, soulage ordinairement le malade, mais ne le guérit pas.

Quant aux moyens proposés, ce sont les mêmes que dans les autres névralgies, et je n'ai rien à en dire en particulier.

Comme on le voit, c'est dans les *vésicatoires volants multipliés* que le médecin doit avoir le plus de confiance. Dans les cas rebelles, la *cautérisation transcurrente* sera d'un grand secours.

ARTICLE IX.

NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE.

Si l'on fait abstraction de la névralgie *ilio-scrotale* de Chaussier, affection qui n'est autre chose, comme on le verra plus loin, qu'une variété de celle à laquelle je donne le nom de névralgie lombo-abdominale, on peut dire qu'on n'avait sur cette espèce aucune notion positive, lorsque je m'en suis occupé (3). Les faits que j'ai cités alors ne pouvaient laisser aucun doute. Depuis j'en ai vu plusieurs qui sont venus confirmer ce que j'ai avancé; et je ne doute pas que les médecins qui se sont livrés à une exploration convenable n'en aient observé d'assez nombreux exemples. Je vais d'abord décrire d'une manière générale la névralgie lombo-abdominale; je dirai ensuite quelques mots à part de la variété importante signalée par Chaussier, c'est-à-dire de la névralgie ilio-scrotale.

Fréquence et causes. — La *fréquence* de la névralgie lombo-abdominale est assez

(1) Voy. *Traité des névralgies*, p. 428.
(2) Voy. article *Névralgie en général.*
(3) Voy. *Traité des névralgies*, chap. V, p. 431.

grande. Depuis que je la recherche avec soin, je l'ai trouvée beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Je l'ai vue aussi attaquer plus souvent le côté droit que le côté gauche. « Les nerfs envahis, ai-je dit ailleurs (1), étaient évidemment les premières paires lombaires, et surtout la première. Tantôt l'affection n'occupait que les branches postérieures, tantôt elle gagnait les branches antérieures, et, dans ce dernier cas, il y avait une différence dans la forme de l'affection, suivant que la douleur se bornait en avant à l'hypogastre, ou qu'elle descendait jusqu'au testicule ou à la grande lèvre. » C'est lorsque la douleur s'étend ainsi aux parties génitales que le médecin, concentrant son attention sur les symptômes qui se manifestent dans ce point, ne voit pas la douleur qui se fait sentir plus haut dans le trajet des nerfs, et désigne la maladie sous le nom de *testicule douloureux;* on peut admettre néanmoins que, dans certains cas, la douleur peut être bornée à cette partie, de même que dans la *sciatique* elle peut être bornée à un des nerfs plantaires; mais ces cas doivent être fort rares, si j'en juge par ce que j'ai vu.

Symptômes. — La *douleur spontanée* ne nous présente rien de particulier. Que par la pensée on rapporte aux lombes et à la paroi abdominale ce que nous avons trouvé dans les parois thoraciques, chez les sujets affectés de névralgie intercostale, et l'on aura ce qui se passe dans la névralgie lombo-abdominale. C'est principalement vers l'*hypogastre*, un peu en dehors de la ligne blanche, et dans une étendue qui peut varier de deux ou trois à six ou sept centimètres de diamètre, que la douleur spontanée se fait ordinairement sentir. Les malades souvent la désignent sous le nom de *coliques*, parce qu'ils éprouvent dans la partie inférieure de l'abdomen une sensation de torsion et en même temps de chaleur ordinairement fort pénible. J'en ai vu tout récemment un exemple très remarquable. Les douleurs étaient par moments si vives, qu'elles arrachaient des cris, puis il ne restait qu'un peu de pesanteur et une sensation de contusion.

Névralgie utéro-lombaire. — Quelquefois les douleurs s'étendent jusqu'à l'*utérus*, et à ce sujet je dois présenter quelques considérations que j'ai déjà indiquées en parlant de la *névralgie utérine.*

Si l'on en croit M. Bassereau, les douleurs de la névralgie intercostale seraient produites par une irritation utérine, qui se propagerait aux nerfs intercostaux par l'intermédiaire du grand sympathique. Pour la névralgie lombo-abdominale on n'a pas besoin d'invoquer cette intervention du grand sympathique, et l'on peut admettre que les filets des nerfs de la vie animale sont douloureux jusque dans l'utérus. Mais est-ce l'état de l'utérus qui rend les nerfs douloureux, ou, au contraire, est-ce la douleur de la névralgie qui se propage à l'organe? Voici quelques faits qui peuvent servir à éclairer la question : J'ai vu plusieurs fois la névralgie lombo-abdominale chez des femmes qui se plaignaient de douleurs plus ou moins vives vers le col de l'utérus; or, en les touchant, je constatais que la douleur utérine est bornée à un seul côté lorsque la névralgie n'existe également que d'un seul côté, et qu'elle est généralement plus forte du côté où la névralgie est le plus intense, lorsque cette affection est double. Or, comment supposer qu'une irritation, une inflammation, ou une affection quelconque de l'utérus capable de produire des dou-

(1) *Traité des névralgies.* Paris, 1841, in-8, p. 461.

leurs jusque dans les lombes, ait un siége aussi limité qu'un point qui peut être couvert avec le doigt, et qui ne se trouve que d'un seul côté? Il est vrai que des flueurs blanches peuvent coïncider avec cet état névralgique; mais ne voyons-nous pas, dans la névralgie faciale, par exemple, un écoulement nasal, la salivation, le larmoiement se manifester, sans qu'on soit tenté de rapporter à un état inflammatoire du nez, de la bouche et des yeux, les douleurs qui caractérisent cette névralgie? Enfin, et j'insiste sur ce point, parce qu'il a une très grande importance pratique, la douleur étant dissipée dans les points des lombes et des flancs qui seront mentionnés plus loin, on voit très souvent disparaître tous les symptômes du côté de l'utérus. Ce qui a pu tromper les observateurs, c'est que fréquemment il existe un état complexe : il y a complication. Les inflammations utérines, les *catarrhes* utérins sont très fréquents, et l'on conçoit qu'ils se montrent assez souvent en même temps qu'une névralgie lombo-abdominale; mais, en observant les cas simples, on apprend bientôt à faire la part des coïncidences.

On m'objectera peut-être qu'il est arrivé fréquemment qu'en cautérisant le col de l'utérus on a fait cesser en même temps, et la douleur qui existait dans cet organe et la douleur des lombes et de l'hypogastre; mais cela ne prouve nullement que la source du mal soit dans l'utérus, car nous voyons tous les jours un ou plusieurs vésicatoires appliqués sur la tête du péroné suffire pour faire disparaître des douleurs qui occupent toute l'étendue du nerf sciatique. Ainsi tout nous porte à croire que, dans l'immense majorité des cas, si ce n'est dans tous, l'affection à laquelle on a donné le nom de *névralgie utérine* n'est autre chose qu'une névralgie lombo-abdominale dont le *point le plus douloureux* se trouve utérin.

J'ai fourni des preuves convaincantes en faveur de cette manière de voir dans un travail publié en 1847 (1). Les faits contenus dans ce travail démontrent, en effet, que dans beaucoup de cas regardés comme des affections utérines d'une tout autre nature, il ne s'agit que de la névralgie qui nous occupe, et s'il en fallait d'autres preuves, je citerais les observations de M. Mitchell avec le résultat du traitement de ce médecin que j'ai indiqué à l'article *Leucorrhée*, et d'autres qui ont été recueillies par différents médecins. Ainsi Gerdy (2) propose les vésicatoires sur les lombes pour combattre les douleurs de la *métrite*. Or le succès de ce moyen prouve seul que les cas qu'il a observés sont, sans aucun doute, du nombre de ceux que j'ai signalés comme *consistant dans une névralgie lombo-abdominale et simulant une affection plus ou moins profonde de la matrice.*

Les faits observés par M. Malgaigne (3) viennent aussi à l'appui de ce que j'avance, et bien qu'il les ait traités par la simple incision du col utérin, on aurait tort d'en conclure qu'il n'y avait pas une névralgie étendue aux nerfs lombaires, car le traitement de toutes les névralgies nous montre des exemples nombreux de cette action d'un moyen énergique sur tout le nerf affecté, alors même qu'on ne l'applique qu'à un point limité. Je me bornerai à citer pour exemple le résultat de la cautérisation du dos du pied, à la manière des Arabes, dans la névralgie sciatique.

Douleur provoquée.—C'est par la *pression* qu'on produit la douleur la plus im-

(1) Voy. *Bulletin génér. de thérap.*, janvier 1847.
(2) *Ibid.*, juin 1846.
(3) *Revue médico-chirurg.*, 1848.

portante pour le diagnostic. Les points douloureux qu'on découvre par ce m
sont : le *point lombaire*, un peu en dehors des premières vertèbres de ce nom
point iliaque, un peu au-dessus du milieu de la crête de l'os des iles; le *p*
hypogastrique, au-dessus de l'anneau inguinal et en dehors de la ligne blan
le *point inguinal*, vers le milieu du ligament de Fallope; le *point scrotal* ou
grande lèvre, qui manque dans un certain nombre de cas, mais qui dans d'a
est très remarquable; enfin, assez souvent, un *point douloureux*, sur un des
du col de l'utérus, qu'on distingue facilement par le *toucher vaginal*.

Les grands mouvements du corps, les efforts de la toux, les efforts pour a
la garderobe, augmentent aussi les douleurs. J'ai vu récemment, dans un c
miction les exaspérer considérablement, sans qu'il m'ait été possible de m'a
s'il existait de la douleur dans la *vessie* elle-même, ou si tout se passait da
parois abdominales.

Névralgie ilio-scrotale, ou névralgie lombo-abdominale propagée au sc
ou à la grande lèvre. — J'ai cité dans mon ouvrage trois cas dans lesquels i
évident que l'*irritable testis*, le *testicule douloureux* d'Astley Cooper, n'est
chose que la propagation de la névralgie, des lombes au testicule ou à la g
lèvre, en suivant le trajet de la principale branche abdominale, c'est-à-dire du
ilio-scrotal.

Cette variété est caractérisée par la douleur souvent excessivement vi
occupe le testicule; et cette douleur est quelquefois telle, que le moindre c
sur la glande spermatique est insupportable.

Marche, durée, terminaison de la maladie. — Sous tous ces rapports, l
vralgie lombo-abdominale ne présente rien qui lui soit propre. On a cité des
la douleur du testicule a été extrêmement rebelle.

J'ai rapporté (1) un cas de *névralgie intermittente utéro-lombaire* qui a co
tement cédé au sulfate de quinine. Dans ce cas, on trouvait des points doulo
le long du trajet des nerfs lombaires; ce qui prouve, comme je l'ai déjà di
bien rarement la névralgie de l'utérus est toute locale et qu'elle n'est habi
ment qu'une forme de la névralgie *lombo-abdominale*.

Diagnostic. — Voici comment j'ai établi le diagnostic dans mon ouvrage
« Le *lumbago*, ai-je dit, est certainement, de toutes les affections douloureus
occupent les lombes, celle qu'on peut confondre le plus facilement, et qu'on a
aucun doute, le plus souvent confondue avec la névralgie lombaire. Dans l
de douleurs musculaires des lombes, que j'ai pu étudier, et dont plusieu
observations citées dans cet ouvrage offrent des exemples, la douleur exist
deux côtés; elle occupait la masse des muscles sacro-lombaire et long dor
ne s'étendait pas au delà. Ordinairement la pression était douloureuse à un
degré sur les masses musculaires, mais dans une étendue plus large que d
névralgie lombaire. Elle était principalement exaspérée par les mouveme
flexion et de redressement du tronc. Elle était faible ou nulle dans l'immobi
moins que la maladie ne fût très aiguë. Les élancements, moins vifs que ceu
névralgie, restaient fixes dans la région lombaire. On voit donc que la disti
est facile si l'exploration est faite convenablement.

(1) *Union médicale*, 23 septembre 1847.
(2) Voy. *Traité des névralgies*, p. 462.

» Il est une autre affection douloureuse qui siége également dans les muscles des lombes, et que nous ne connaissons pas encore assez pour décider si elle est un simple rhumatisme musculaire ou une maladie différente ; je veux parler de cette affection qu'on nomme dans le vulgaire *tour de reins*, et qui consiste en une douleur très vive, survenue subitement, et pendant un effort quelconque, mais surtout pendant l'effort nécessaire pour soulever un fardeau. La douleur à la pression est souvent très vive, mais elle n'est rien en comparaison de celle que font éprouver les mouvements du tronc, et surtout ceux de flexion et de redressement. Elle est, du reste, bornée aux lombes, et ne produit pas d'élancements qui aillent s'irradier dans les parois abdominales. Les causes de la maladie, son début subit et les symptômes que je viens d'énumérer, serviront à la faire distinguer de celle qui nous occupe. L'emploi de quelques émissions sanguines locales est, dans cette douloureuse maladie, infiniment plus efficace que dans la névralgie.

» On distingue la névralgie lombo-abdominale du *rhumatisme* de la paroi antérieure de l'abdomen, aux mêmes caractères différentiels qui viennent d'être donnés pour le rhumatisme des lombes ; il n'y a que de légères différences dues à la différence des régions.

» Les femmes affectées d'*inflammation de l'utérus*, ou dont les règles sont difficiles (*dysménorrhée*), éprouvent très souvent des douleurs qui, parties des lombes, se dirigent vers le petit bassin ; ces douleurs doivent-elles être rangées dans les névralgies lombaires ? Le petit nombre des faits ne nous permet pas de nous prononcer à cet égard d'une manière positive. Je dirai cependant que, ayant eu occasion d'observer, à l'hôpital de Lourcine, une jeune fille qui, dans le cours d'une blennorrhagie, éprouva tous les symptômes d'une inflammation de l'utérus, avec douleurs vives et lancinantes dans les deux aines et dans la région sacrée, je ne découvris, malgré une exploration très attentive, aucun point douloureux dans le trajet des nerfs lombaires. Il faut donc admettre que la douleur locale de l'utérus s'irradiait dans le bassin, soit en suivant les nerfs hypogastriques vers le plexus sacré, soit par une autre voie qui nous est inconnue.

» Dans le *cancer de l'utérus*, des douleurs semblables à celles dont je viens de parler, et quelquefois plus violentes, se font fréquemment sentir. Dans un cas de ce genre, je n'ai pas plus découvert de signes de névralgie que dans l'inflammation utérine, et j'ai cru devoir en tirer les mêmes conclusions. M. Bassereau est arrivé à des résultats semblables.

» Du côté des voies urinaires, il est une affection qui pourrait donner lieu à quelques erreurs de diagnostic : c'est la *gravelle*. Lorsqu'un gravier un peu volumineux (1) se trouve engagé dans l'uretère, il produit une douleur très vive, qui va retentir dans le testicule, lequel présente une rétraction marquée. La violence extrême de cette douleur, son apparition brusque dans l'abdomen et les troubles de la sécrétion urinaire, viendront en aide au diagnostic, qui ne saurait être douteux, si l'on y joint l'exploration par la pression, dont j'ai eu si souvent occasion de faire connaître les avantages. »

La névralgie lombo-abdominale n'étant pas encore très bien connue, je n'ai pas cru devoir abréger ce diagnostic, dont les détails convaincront les médecins de la

(1) Voy. tome III, article *Colique néphrétique*.

nécessité d'étudier attentivement les faits, toutes les fois qu'il s'agit de douleurs occupant l'abdomen et les lombes. C'est la même raison qui m'engage à résumer ce qui vient d'être dit dans un tableau synoptique.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la névralgie lombo-abdominale et du lumbago.*

NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE.	LUMBAGO.
Douleur ordinairement d'*un seul côté*.	Douleur occupant les *deux côtés*.
Dépasse presque toujours *les lombes*, et *se porte vers la paroi abdominale*.	*Bornée aux lombes* ; élancements fixes.
Douleur *vive* à la pression, dans des *points circonscrits*.	Douleur ordinairement *modérée* à la pression, dans des *points étendus*.
Mouvements *médiocrement douloureux*.	Douleur *beaucoup plus vive par les mouvements* que sous la pression.
Douleurs des accès *très vives, même dans l'immobilité*.	Douleur *faible dans l'immobilité*.

2° *Signes distinctifs de la névralgie lombo-abdominale et de la douleur lombaire nommée vulgairement tour de reins.*

NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE.	TOUR DE REINS.
Douleur *médiocre dans les mouvements*.	Douleur excessive dans les *mouvements du tronc qui sont brusquement arrêtés*.
S'étend à l'abdomen.	*Bornée aux lombes*.
Se déclare *graduellement*.	Survient *subitement* dans un effort.
Résiste aux émissions sanguines.	*Cède promptement* aux émissions sanguines locales.

3° *Signes distinctifs de la névralgie lombo-abdominale et du rhumatisme de la paroi antérieure de l'abdomen.*

NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE.	RHUMATISME DE LA PAROI ANTÉRIEURE DE L'ABDOMEN.
Douleur ordinairement d'un *seul côté*.	Douleur des *deux côtés*.
Points douloureux jusque *dans les lombes*.	Douleur *bornée à l'abdomen*.
Douleur à la pression dans des points plus ou moins *circonscrits*.	Douleur à la pression dans *toute ou presque toute l'étendue* de la paroi abdominale.
Mouvements *médiocrement douloureux*.	Mouvements ordinairement *si douloureux qu'ils deviennent impossibles*.
Douleur des accès *très vive, même dans l'immobilité*.	Douleur *modérée dans l'immobilité*.

4° *Signes distinctifs de la névralgie lombo-abdominale, de l'inflammation et du cancer de l'utérus.*

NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE.	INFLAMMATION OU CANCER DE L'UTÉRUS.
Accès *marqués*.	*Pas d'accès* ordinairement.
Points douloureux à la pression.	*Pas de points douloureux à la pression*, à moins de complication.

5° *Signes distinctifs de la névralgie lombo-abdominale et de la colique néphrétique.*

NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE.	COLIQUE NÉPHRÉTIQUE.
›uleur *moins vive.*	Douleur *beaucoup plus vive.*
›parue *graduellement*	Apparue *brusquement.*
·crétion urinaire *normale.*	*Troubles* de la sécrétion urinaire (voy. *Gravelle*, t. III).

'ronostic. — Ce que j'ai dit du pronostic, à propos de la névralgie dorso-interale, s'applique parfaitement à la névralgie lombo-abdominale ; seulement, que l'affection attaque violemment le testicule, on doit craindre, d'après les ; cités par Astley Cooper et plusieurs autres chirurgiens, de la trouver très elle.

'raitement. — Étant le seul qui ait traité avec connaissance de cause un certain ıbre de névralgies lombo-abdominales, et ayant toujours fait usage des *vésica- 'es volants multipliés* et de la *cautérisation transcurrente*, tout ce que je peux : ici, c'est que ces moyens m'ont parfaitement réussi dans tous les cas, quoique ı'aie traité ainsi que ceux qui duraient depuis un certain temps. Je fais cette exion, parce qu'il n'est peut-être pas de névralgie qui, à un degré d'intensité déré, ait autant de tendance à se dissiper spontanément que la névralgie lombo- ominale. Tous les jours on voit des femmes qui se plaignent de douleurs de 'pogastre et des lombes, qui ont les points douloureux indiqués plus haut, et s'en voient débarrassées par quelques jours de repos et de simples adoucis- ıts.

Il me suffit de rappeler que, dans les cas de *névralgie utéro-lombaire*, les *vési- ›ires volants* sur les points douloureux des lombes, des flancs, de l'hypogastre ›rdy et moi), le *cautère actuel* (Mitchell), la *cautérisation transcurrente*, la sec- ı du col utérin (Malgaigne), ont parfaitement réussi ; j'ajoute que, dans les der- rs temps, j'ai fait disparaître avec la plus grande facilité les douleurs fixées au utérin, *en cautérisant légèrement le pourtour de cette partie avec le fer rougi ›lanc.* On peut voir, du reste, pour plus de détails, ce que j'ai dit à ce sujet, aux icles *Névralgie utérine*, *Leucorrhée* et *Dysménorrhée.*

ARTICLE X.

NÉVRALGIE CRURALE.

Nous ne connaissons qu'un très petit nombre de cas de névralgie crurale nple. Il arrive assez souvent de voir des sujets affectés d'une violente *scia- ıue* se plaindre de douleurs dans le trajet du nerf crural, mais il est très rare voir la névralgie crurale isolée. J'en ai cependant observé quelques exemples ıe j'ai rapportés dans mon *Traité des névralgies* (1), et voici comment je les ai sumés :

« Les *symptômes* n'ont pas différé sensiblement de ceux qu'on observe dans les tres névralgies. Ce sont toujours des *points douloureux* disséminés, circonscrits

(1) Chap. VIII, p. 478.

(dans l'aine, la partie interne de la cuisse, du genou, du pied), qui forment des *foyers de douleur* d'où partent des élancements ; c'est toujours la *marche capricieuse* de la maladie et l'absence de toute altération apparente des tissus occupés par elle ; c'est toujours enfin cette préférence que la douleur affecte pour les lieux où le nerf devient superficiel et envoie des rameaux cutanés.

» Dois-je parler du traitement en général ? Avec un aussi petit nombre d'observations, je ne saurais le faire d'une manière utile. Disons seulement que, eu égard à la ressemblance de cette névralgie avec les autres, tout porte à croire que le traitement ne doit pas être différent (*vésicatoires volants multipliés*, *cautérisation*, etc.), et qu'on peut lui appliquer, par exemple, ce qui va être dit à l'occasion de la *névralgie sciatique*. Je dois ajouter cependant : 1° que Chaussier regarde la *névralgie fémoro-prétibiale* (crurale) comme plus facile à guérir que les autres maladies de la même espèce, et 2° que les succès signalés par M. Martinet (1) et obtenus à l'aide de l'*huile essentielle de térébenthine* sont très remarquables.

ARTICLE XI.

NÉVRALGIE SCIATIQUE (*fémoro-poplitée* de Chaussier).

La névralgie sciatique est celle qui a été le mieux étudiée par les auteurs. On la trouve déjà mentionnée dans les écrits d'Hippocrate. Mais c'est à Fernel (2) qu'on en doit la première description un peu précise, quoique très succincte ; et Cotugno (3) est celui qui a le plus éclairé ce point important de pathologie, dans un mémoire qui a une grande réputation. Les auteurs qui sont venus ensuite ont ajouté quelques détails importants à l'histoire de la maladie. Je citerai en particulier le travail de M. Martinet (4), qui a un intérêt majeur sous le rapport de la thérapeutique. Enfin, ayant analysé 125 cas de cette affection, j'ai pu en donner une histoire complète (5).

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de *névralgie sciatique* à l'affection douloureuse du grand nerf de ce nom, qu'elle soit bornée à une petite partie de son étendue, ou qu'elle occupe son tronc et la plupart de ses rameaux. Cependant, lorsqu'elle est bornée à des rameaux très distincts, comme les nerfs plantaires, on lui donne les noms de *névralgie plantaire interne* ou *externe*, etc. ; mais, ainsi que je l'ai dit plus haut, on ne doit regarder ces névralgies ainsi limitées que comme des variétés.

On a donné à cette affection plusieurs autres noms dont les principaux sont : *coxagra*, *dolor coxendicus*, *ischias*, *ischias nervosa*, *malum coxendicum*, *névralgie fémoro-poplitée*.

C'est une des névralgies les plus *fréquentes*. Avant les dernières recherches sur

(1) *Du traitement de la sciatique et de quelques névralgies par l'huile de térébenthine*, 2e édit Paris, 1829.

(2) *Univers. medic.*, lib. VI, cap. XVIII, *De morb. arthrit.*, 1679.

(3) *De ischiade nervosa comm.* Neapoli, 1764.

(4) *Du traitement de la sciatique.* Paris, 1829, in-8.

(5) *Traité des névralgies*, 1841, chap. VIII.

la *névralgie dorso-intercostale*, on la regardait même comme de beaucoup la plus fréquente; mais les médecins qui recherchent avec soin cette dernière affection ont pu se convaincre que la névralgie thoracique se rencontre bien plus souvent.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Avec le nombre d'observations que j'ai indiquées, il m'a été permis de faire quelques recherches importantes sur l'étiologie de cette affection. Je vais les résumer rapidement.

Age. — Cotugno a cité un cas de cette névralgie chez un enfant de onze ans. Mais c'est après l'âge de vingt ans qu'elle se montre ordinairement. J'ai trouvé, dans mes recherches, qu'elle était à peu près également fréquente dans les périodes de dix ans renfermées entre vingt et soixante ans.

Sexe. — J'ai noté que l'affection était plus fréquente chez les hommes, environ dans la proportion de trois à deux. Les hommes, d'après les faits dont je parle, se sont aussi montrés plus fréquemment atteints de récidives.

Sous le rapport de la *constitution*, je n'ai rien trouvé de particulier. On a, dans un certain nombre de faits, signalé le *tempérament nerveux*.

Les désordres de la *menstruation* se sont montrés assez souvent chez les femmes; mais à ce sujet je n'aurais rien à ajouter à ce que j'ai dit à propos de la *névralgie en général*.

Conditions hygiéniques. — Dans près de la moitié des cas où l'influence de l'*habitation* a pu être recherchée, on a trouvé que les sujets habitaient un lieu sombre, humide, ou exposé aux intempéries de l'air. L'étude des faits, sous les rapports des divers *excès*, des *professions*, de la *nourriture*, de l'*hérédité*, ne jette aucune lumière sur l'étiologie de la névralgie sciatique.

J'ai trouvé cette névralgie chez plusieurs sujets affectés de *maladies de la moelle*. « Dans aucun cas, ai-je dit ailleurs (1), la sciatique n'a paru être la suite d'une *métastase*, et l'on n'a rien noté qui pût faire croire qu'elle était de *nature syphilitique*. » Cependant je reviendrai sur ce point à l'occasion du traitement.

J'ai constaté que c'est dans les *mois les plus froids* de l'année que se développe le plus fréquemment cette névralgie.

2° Causes occasionnelles.

Dans les cas où l'interrogatoire a été fait d'une manière exacte, la cause occasionnelle le plus fréquemment constatée a été un *refroidissement* prolongé; rarement on a pu attribuer la production de l'affection à l'action subite du *froid*. Quelques malades avaient eu les pieds dans l'eau, s'étaient couchés sur l'herbe mouillée, etc.

Voici maintenant ce que j'ai trouvé en consultant les auteurs : « Parmi les causes occasionnelles, J. Frank, ai-je dit (2), place : 1° les *blessures*, les *contusions*; 2° le

(1) *Traité des névralgies*, p. 496.
(2) *Ibid.*, p. 580.

refroidissement des membres inférieurs, surtout quand on se couche sur le sol humide, le corps étant échauffé ; 3° la *métastase morbilleuse ;* 4° la *suppression des hémorrhoïdes, des lochies, de la sécrétion laiteuse ;* 5° surtout le *vice arthritique ;* 6° la *piqûre du nerf saphène*, dans la saignée pratiquée sur la veine du même nom ; 7° les *lésions de l'utérus*, ou les *troubles des fonctions.*

On peut y joindre l'existence d'une tumeur du bassin, la grossesse, ou d'un kyste de l'ovaire comprenant les nerfs, des tumeurs hémorrhoïdales ou fécales énormes (1).

« De ces causes, ai-je ajouté, la deuxième paraît suffisamment démontrée dans nos observations, et la première est au moins probable. Quant aux autres, les tumeurs exceptées, rien ne prouve leur action. Des cas de névralgie par piqûre du nerf saphène sont cités par Sabatier, et c'est d'après eux que J. Frank a signalé cette cause, trop facile à apprécier pour qu'on puisse révoquer en doute son existence. »

§ III. — Symptômes.

1° *Douleur spontanée.*—Comme dans les autres névralgies, la douleur spontanée doit être distinguée en *contusive continue*, et en *lancinante intermittente.* La *première*, déjà signalée par Cotugno, est très importante. Elle occupe les principaux points douloureux, ou *foyers de douleur*, qui seront mentionnés plus loin. Elle est souvent très pénible pour les malades. La *seconde* consiste en sensations diverses. Ce sont ordinairement des *élancements* qui, plus ou moins fréquemment, partent des points douloureux pour aller retentir dans une étendue variable du trajet du nerf; parfois c'est un *sentiment de froid*, ou au contraire de *chaleur brûlante ;* la *sensation d'un liquide froid*, ou *chaud*, ou *corrosif*, coulant le long du nerf. Enfin, chez quelques sujets chez lesquels la maladie est très violente, on voit survenir des *crampes*, des *secousses* plus ou moins fortes du membre affecté.

La douleur spontanée est si bien circonscrite dans le trajet du nerf, que le plus souvent, ainsi que l'a fait remarquer Cotugno, le malade peut avec le doigt suivre ce trajet aussi bien que le ferait un anatomiste.

2° *Douleurs provoquées.* — La plus importante pour le praticien est, sans contredit, la *douleur provoquée par la pression* avec l'extrémité des doigts. Par elle on découvre les *points douloureux* ou foyers de douleur, qui sont souvent très limités et n'ont pas plus de 2 à 3 centimètres de diamètre. Ces points douloureux sont les suivants : le *point lombaire*, immédiatement au-dessus du sacrum; le point *sacro-iliaque*, au niveau de l'articulation du même nom, un peu au-devant de l'épine iliaque postérieure et supérieure ; l'*iliaque*, vers le milieu de la crête de l'os des iles; le *fessier*, au sommet de l'échancrure sciatique; le *trochantérien*, vers le bord postérieur du grand trochanter; le *fémoral supérieur*, le *fémoral moyen* et le *fémoral inférieur*, dans le trajet du nerf le long de la cuisse; le *poplité*, dans le creux du jarret; le *rotulien*, sur le bord externe de la rotule; le *péronéo-tibial*, vers l'articulation du péroné et du tibia; enfin le *péronien*, point important au niveau de l'endroit où le nerf contourne le péroné ; le *malléolaire*, à

(1) Sandras, *Union médicale*, 7 août 1851.

la partie postérieure et inférieure de la malléole; le *dorsal du pied*, et le *plantaire externe*, qui existe assez rarement.

Il est rare que tous ces points existent chez le même sujet; mais on en trouve ordinairement un assez grand nombre, et le malade lui-même en désigne plusieurs avec précision. Ce sont surtout ceux qui ont leur siége vers l'articulation sacro-iliaque, le grand trochanter, la tête du péroné et la malléole.

La douleur produite par l'extrémité du doigt qui presse sur ces points est quelquefois très vive, comme dans la névralgie intercostale; parfois aussi ce n'est qu'une sensibilité exagérée, et alors il est important de presser de l'autre côté du corps, dans les points correspondants, pour se convaincre que la douleur n'est pas simplement produite par une pression trop forte.

Si l'on interroge les malades d'une manière précise, on apprend d'eux ordinairement que la sensation que leur fait éprouver la pression est la même que celle que leur ferait éprouver le même moyen d'exploration sur un point préalablement contus.

Chez un certain nombre de sujets, les points qui viennent d'être indiqués sont seuls douloureux à la pression; mais il arrive aussi chez quelques-uns que les intervalles qui séparent ces points présentent une sensibilité anormale. Toutefois il n'y a aucune parité entre cette sensibilité exagérée et celle qui existe dans les foyers de douleur.

Il arrive quelquefois, comme dans les autres névralgies, que la pression exercée dans un point détermine un de ces élancements que nous avons vus plus haut se produire spontanément; parfois même une série d'élancements suit l'exploration, et l'on a déterminé ainsi un véritable accès névralgique; mais les cas de ce genre sont rares.

Lorsque la douleur est très violente, les *mouvements* du membre dans le lit suffisent pour l'exaspérer dans les points indiqués; dans le cas contraire, il faut, pour que cet effet ait lieu, que les malades *marchent*. C'est principalement au moment où, le pied appuyant par terre, le membre supporte le poids du corps, que la douleur se produit et acquiert son plus haut degré de violence. Il en résulte que le malade ose à peine poser son pied sur le sol; que son membre fléchit brusquement dès que le poids du corps se fait sentir, qu'il se reporte rapidement sur l'autre jambe, et qu'il boite sensiblement. Aussi, dans une sciatique d'une certaine intensité, les sujets ne peuvent-ils faire un pas sans s'appuyer sur un bâton, ou même sont-ils obligés de garder le lit.

J'ai vu néanmoins des malades qui marchaient assez librement après avoir fait un nombre de pas ordinairement considérable. J'ai cité l'observation d'un homme qui se sentait notablement soulagé, après avoir fait rapidement et plusieurs fois le tour des salles de l'Hôtel-Dieu, après avoir descendu, remonté les escaliers; et cependant il avait une sciatique intense. Il ne faudrait pas conclure de ce cas que la marche ne provoque pas et n'exaspère pas les douleurs; car, avant que le soulagement se manifestât, ce sujet était obligé de supporter les souffrances les plus vives, et ce n'est que quand la fatigue arrivait, ou lorsque, comme on le dit vulgairement, le membre était *échauffé*, que les douleurs se calmaient.

Parfois les douleurs sont très violentes; le membre est condamné à une immobilité si complète, qu'il en résulte, au bout d'un temps assez long, cette *semi-para-*

lysie, qui a été signalée par Cotugno, et dont j'ai parlé plusieurs fois; mais les cas de ce genre sont rares : on n'observe ordinairement qu'un engourdissement plus ou moins marqué, qui peut être borné à une petite étendue : le pied, par exemple.

L'*amaigrissement* du membre se remarque dans les mêmes circonstances : mais il faut prendre garde de s'en laisser imposer par l'état de flaccidité dans lequel se trouvent tous les muscles.

Il n'est pas rare d'observer, outre ces symptômes qui caractérisent la névralgie sciatique, d'autres phénomènes, qui ont leur siége dans d'autres parties du corps, et dont il importe de dire un mot. On observe fréquemment d'autres douleurs de nature névralgique dans la tête, les parois de la poitrine ou de l'abdomen, et le *rhumatisme musculaire* est une des complications les plus fréquentes de la maladie qui nous occupe. Quant aux *troubles digestifs*, au léger *mouvement fébrile* qu'on observe quelquefois, il est facile de s'assurer qu'ils n'appartiennent pas en propre à la maladie dont nous parlons, et qu'ils sont le plus souvent le résultat du traitement (ordinairement de l'emploi des vésicatoires étendus ou multipliés).

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

J'ai très peu de chose à dire de particulier sur la marche de la maladie. Son début, ses exacerbations, sa terminaison, sont les mêmes que dans les autres névralgies; ce qu'il y a seulement de remarquable, c'est que la névralgie sciatique, bien qu'offrant des exacerbations marquées et une intermittence irrégulière très prononcée, comme les autres affections du même genre, présente bien plus rarement cette périodicité des fièvres larvées que j'ai plusieurs fois signalée, notamment dans l'histoire de la névralgie trifaciale. Et, ce qui vient donner plus de poids encore à cette remarque, c'est que, même dans les cas très rares où l'on a cru découvrir un type intermittent bien caractérisé et fournissant une indication précise, l'événement a prouvé souvent qu'on s'était trompé, et le sulfate de quinine a échoué. D'où vient une pareille dissemblance entre deux affections de même nature, quoique ayant un siége différent? C'est ce qu'il est très difficile de dire.

La *durée* de la maladie est on ne peut plus variable. La névralgie sciatique peut disparaître spontanément en quelques jours, et se perpétuer malgré tous les moyens. Ces derniers cas sont heureusement très rares. Presque toujours la *terminaison* est heureuse; lorsqu'elle ne l'est pas, c'est uniquement parce que la maladie passe à l'état chronique, s'il est permis de parler ainsi, car elle ne menace pas l'existence.

Les *récidives* sont très fréquentes. On voit quelques sujets chez lesquels la névralgie sciatique paraît et disparaît souvent à des intervalles variables, et j'ai reconnu, par l'étude des faits, que ces retours se manifestent particulièrement dans les temps froids. Mais ces attaques multipliées sont ordinairement très légères, et de loin en loin on en voit apparaître d'autres plus violentes, plus durables, plus continues, auxquelles on peut donner réellement le nom de névralgies sciatiques, tandis que les autres ne méritent, à proprement parler, que celui de douleurs sciatiques. J'ai, en outre, constaté que les sujets qui présentent ces retours si fréquents de la névralgie sciatique sont sujets à d'autres névralgies, et présentent ces

états morbides auxquels j'ai cru devoir donner les noms de *névralgie multiple* et *névralgie erratique*, et dont je dirai quelques mots plus loin.

§ V. — Lésions anatomiques.

Je ne parlerai point ici des altérations hypothétiques imaginées par quelques médecins ; je ne ferai que mentionner l'opinion de Cotugno, qui attribuait la névralgie sciatique à un liquide âcre coulant le long du nerf et venant du canal rachidien, ainsi que l'hypertrophie du nerf signalée par Cirillo. On a regardé la névralgie sciatique comme due à une inflammation, parce que, dans quelques cas, on a trouvé le nerf un peu rouge ; mais, dans d'autres, on l'a trouvé au contraire décoloré, et plus souvent encore, sans aucune espèce de lésion appréciable. Cette dernière remarque suffit pour nous convaincre qu'il n'y a aucune lésion anatomique propre à la névralgie sciatique, et que, sous ce rapport, elle ne diffère pas les autres affections du même genre.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de cette affection ayant une importance incontestable, je crois d voir reproduire, sans abréger beaucoup, quelques détails que j'ai présentés dan non *Traité*.

Après avoir cité un cas de *rhumatisme articulaire* compliqué d'une véritable névralgie sciatique, j'ai montré que ces affections ne pouvaient pas être confondues entre elles, tant elles diffèrent. C'est au point que, dans le cas dont je parle, on a pu distinguer les deux maladies, alors même que le rhumatisme articulaire étant dans sa plus grande intensité, il semblait devoir masquer l'affection nerveuse. L'existence de cette dernière est du reste devenue parfaitement évidente, lorsque le rhumatisme articulaire s'est dissipé.

La *coxalgie*, à une époque de sa durée, peut en imposer pour une névralgie sciatique. J'en ai cité un exemple remarquable (1). On peut, en effet, trouver dans cette affection des points douloureux à la pression, à la hanche, au genou, derrière la tête du péroné, et comme cela avait lieu dans le cas dont je viens de parler, la douleur dans certains mouvements, dans les secousses de la toux, pendant la marche, peut retentir jusque dans le pied, sous forme d'élancements. Mais les signes suivants serviront à caractériser la maladie profonde de l'articulation, et à la faire distinguer de la névralgie. En pressant sur le grand trochanter, on détermine une douleur vive dans les parties profondes de l'articulation ; cette douleur est bien plus violente encore lorsqu'on veut imprimer des mouvements de flexion et d'extension à la cuisse. Le malade peut à peine poser le pied par terre, et la marche devient promptement impossible. Bientôt la fièvre lente s'allume ; il y a des redoublements le soir, de la langueur, de l'émaciation, et dès lors l'inflammation chronique de l'articulation de la hanche, faisant des progrès rapides, le diagnostic devient très facile.

Voici maintenant ce que m'a appris l'étude des faits relativement au diagnostic du rhumatisme musculaire et de la névralgie sciatique (2).

(1) Voy. *Traité des névralgies*, obs. 52ᵉ, p. 591.
(2) *Loc. cit.*, p. 594.

lesquels restaient toujours évidents dans les intervalles, et conservaient leurs caractères particuliers, qui venaient seulement s'ajouter à la maladie, sans rien changer à ses signes. »

Enfin la maladie qui nous occupe pourrait être confondue avec une *névrite* ayant son siége dans le nerf sciatique; mais à ce sujet je n'aurais rien à ajouter à ce que j'ai dit, en parlant de la névrite en général, et il me suffit, par conséquent, de renvoyer à l'article *Névrite* (1).

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la névralgie sciatique et de la coxalgie.*

NÉVRALGIE SCIATIQUE.	COXALGIE.
Douleur à la pression *aux environs* et principalement *en arrière* du grand trochanter.	Douleur causée par la pression, exercée principalement *sur* le grand trochanter.
La douleur produite par la flexion et l'extension de la cuisse est *nulle ou légère*.	La douleur produite par la flexion et l'extension de la cuisse est *tellement vive*, qu'elle rend ordinairement ces mouvements impossibles.
La marche est douloureuse, mais non *impossible*.	Marche rendue *impossible* par l'excès de la douleur.
Point de symptômes de *fièvre hectique*.	*Symptômes de fièvre hectique.*

2° *Signes distinctifs de la névralgie sciatique double et de la paraplégie avec douleurs.*

NÉVRALGIE SCIATIQUE.	PARAPLÉGIE.
Douleur indiquée par le malade *le long du trajet des nerfs*.	Douleur *vague* vers la plante des pieds, la partie moyenne des membres.
La douleur sciatique est *sourde*, *continue*, avec des *élancements* marqués.	Douleur consistant surtout en *fourmillements* et *picotements*.
Douleur généralement *plus vive*.	Douleur généralement *beaucoup moins vive*.
Augmente beaucoup par les mouvements, et surtout pendant la marche.	*Est peu ou point augmentée* dans les mouvements et dans la marche.
Pas de roideur.	*Roideur* des membres, à une certaine époque de la maladie.
Semi-paralysie qui rend le membre faible, mais n'ôte rien à la certitude des mouvements.	*Paralysie*, flaccidité, incertitude des mouvements des membres inférieurs.
Point de symptômes du côté du rectum et de la vessie, à moins d'accidents.	*Difficulté* de la défécation et de la miction.

3° *Signes distinctifs de la névralgie sciatique et du rhumatisme musculaire.*

NÉVRALGIE SCIATIQUE.	RHUMATISME MUSCULAIRE.
Douleur, surtout vive *lorsque le membre supporte le poids du corps*.	Douleur vive, principalement *lorsque les muscles malades entrent en contraction* (flexion, extension du membre).
Pression douloureuse dans des *points limités* et dans le trajet du nerf.	Pression douloureuse *dans une large étendue*, et non dans le trajet des nerfs.
La douleur spontanée *suit le trajet du nerf*.	La douleur spontanée *ne suit pas le trajet du nerf*; élancements sans trajet déterminé.

(1) Voy. art. *Névrite*.

Pronostic. — La sciatique n'est pas une maladie mortelle. Lorsque pendant de longues années on a négligé de la traiter, ou qu'on ne lui a opposé que de faibles moyens, elle peut devenir rebelle; mais ce n'est pas le cas le plus fréquent; car les faits sont nombreux dans lesquels une sciatique datant de plusieurs années a été guérie en quelques semaines et même en quelques jours. Cependant, toutes choses égales d'ailleurs, le pronostic est incontestablement plus grave lorsque la névralgie est ancienne. Chez quelques sujets, la névralgie sciatique alterne avec d'autres affections du même genre, qui ont des signes très variés : ces cas sont remarquables par la fréquence des récidives.

§ VII. — Traitement.

Nous retrouvons nécessairement, dans le traitement de la névralgie sciatique, beaucoup de moyens employés contre les autres névralgies. Il est bien rare, en effet, que les médecins qui ont reconnu une certaine efficacité à un médicament dans une névralgie quelconque ne l'aient pas aussitôt appliqué à toutes les autres. Je n'insisterai, dans ce paragraphe, que sur les moyens plus particulièrement dirigés contre la névralgie sciatique, ou qui se sont montrés spécialement efficaces dans le traitement de cette affection.

Émissions sanguines. — Plusieurs auteurs ont prescrit les émissions sanguines; mais le peu d'insistance que la plupart d'entre eux ont mis à en recommander l'emploi, et le peu de crédit de cette médication auprès de la plupart des médecins doit déjà nous faire penser que les succès qu'elle a procurés ne sont ni nombreux ni frappants. Ce sont surtout les émissions sanguines locales auxquelles on a recours. J'ai dit plus haut de quelle manière agissent, dans des cas rares, les *sangsues* et les *ventouses scarifiées*; je n'y reviendrai pas ici. Au reste, ces moyens échouent le plus souvent, comme je l'ai prouvé (1).

Vésicatoires à demeure. — Le vésicatoire à demeure, c'est-à-dire entretenu avec une pommade épispastique, est un moyen dont l'efficacité est incontestable. Mais les faits m'ont démontré qu'elle est moindre encore que celle des vésicatoires volants multipliés; et comme, d'un autre côté, le pansement avec la pommade épispastique est très douloureux dans les cas de névralgie, c'est à ceux-ci qu'il faut définitivement avoir recours.

Vésicatoires volants. — J'ai rappelé dans mon *Traité* (page 614) que Cotugno, qui le premier a préconisé vivement le vésicatoire, avait recours au vésicatoire volant qu'il pansait avec le beurre frais, et non au vésicatoire à demeure, comme l'ont cru la plupart des auteurs qui sont venus après lui. C'est sur la tête du péroné que Cotugno appliquait le vésicatoire. Rarement il en mettait plusieurs.

Ayant remarqué que l'application d'un vésicatoire volant pouvait parfaitement faire disparaître la douleur d'un point douloureux, sans agir en aucune manière sur les autres points disséminés sur le trajet du nerf, j'ai pensé qu'il vaudrait mieux employer les *vésicatoires volants multipliés* et placés sur les principaux foyers de douleur, et ce traitement a procuré les succès les plus prompts et les plus complets, même dans des cas où la névralgie était ancienne et s'était montrée rebelle à d'autres traitements. On ne doit pas craindre de trop multiplier les vésicatoires.

(1) Voy. *Traité des névralgies*, p. 625 et 626.

rtout où un point douloureux existe avec une certaine intensité, il faut en appli-er un. Dans les cas de moyenne intensité, il n'en faut guère que trois, un à la nche (grand trochanter, ou articulation sacro-iliaque), un à la tête du péroné, et utre vers la malléole externe; quelquefois il en faut quatre, cinq et même six à fois. L'application de ces vésicatoires nombreux peut produire un léger mouve-ent fébrile, mais au bout de vingt-quatre ou trente-six heures il n'en reste plus en. Il est bien rare que, dès le lendemain de cette application, le soulagement ne it pas déjà considérable. La plupart des malades ne se plaignent plus que de la ouleur des vésicatoires, tant la douleur nerveuse est devenue supportable. Pour ue la guérison marche rapidement, il faut attaquer sans tarder les points doulou-eux nouveaux qui se présentent, renouveler les vésicatoires sur les anciens, ou les lacer à côté, si la douleur n'a pas été complétement enlevée. Une tisane adoucis-ante et le repos complètent ce traitement, qui est très facilement supporté par les alades : si les douleurs étaient par trop vives, il faudrait y joindre, comme adju-ants, l'emploi de l'*opium* à l'intérieur, et l'application d'une petite quantité de *orphine* sur les vésicatoires; mais dans la très grande majorité des cas, on n'a pas esoin de recourir à ces moyens.

Cautère actuel.—On sait comment les Arabes appliquaient le cautère actuel dans a sciatique. Le plus grand nombre pratiquaient une cautérisation profonde sur le ied, à l'endroit où, par l'exploration, ils avaient trouvé que finissait la douleur ccupant le trajet du nerf sciatique. Puis ils entretenaient l'ulcère pendant un emps assez long. Cette manière d'opérer se rapproche beaucoup, comme on le voit, e celle qu'André a adoptée pour le traitement de la *névralgie maxillaire infé-ieure.* Albucasis agissait autrement; il pratiquait trois, quatre points de cautéri-ation, et plus si le cas l'exigeait, sur les points désignés par le malade comme les lus douloureux. C'est de cette manière que nous avons recommandé d'appliquer es vésicatoires volants, sauf toutefois qu'au lieu de nous en rapporter au malade, ous conseillons de rechercher les principaux points douloureux à l'aide de la pres-ion convenablement exercée. La différence néanmoins ne doit pas être grande, ar, ainsi que nous l'avons vu plus haut, il est rare que les résultats de l'explora-ion ne coïncident pas avec les renseignements fournis par le malade. Fernel, Rio-an et plusieurs autres auteurs avaient adopté l'emploi du cautère actuel, avec des odifications trop peu importantes pour être mentionnées ici.

Dans ces derniers temps, la cautérisation dorsale du pied, à la manière des Arabes, a été faite avec succès par M. Robert (1).

M. le docteur Payan (2) a, de son côté, cité un cas dans lequel ce moyen a guéri ne névralgie sciatique très rebelle et traitée jusque-là sans succès par un grand ombre de moyens; la guérison fut obtenue en dix-sept jours.

Enfin, des recherches bibliographiques de M. Robert, il est résulté que déjà Klein (3) avait employé avec succès cette cautérisation dans deux cas.

Il est donc évident que ce moyen a une très grande efficacité; mais il force le malade à l'inaction pendant un temps assez long, inconvénient que n'a pas la cau-

(1) *Revue médicale*, 1847.
(2) *Union médicale*, 1er janvier 1848.
(3) *Journ. de Graef et Walther*, 1824.

térisation transcurrente. Ce n'est donc que dans les cas où celle-ci aurait échoué qu'il faudrait y recourir.

Cautérisation transcurrente. — M. Jobert (de Lamballe) a appliqué principalement à la névralgie sciatique ce moyen à l'aide duquel il combat toutes les névralgies. Les succès qu'il a obtenus sont très remarquables, et je ne doute pas que la cautérisation transcurrente n'ait une efficacité plus grande encore que celle des vésicatoires volants multipliés. Aussi n'y a-t-il d'autre objection à présenter contre ce moyen que celui que j'ai indiqué à propos de son application aux névralgies en général, savoir : qu'il est souvent très difficile de le faire adopter par les malades; et comme les vésicatoires volants réussissent ordinairement, on ne doit évidemment proposer le fer rouge que comme moyen extrême. Du reste, on voit qu'il y a une ressemblance assez grande entre la cautérisation transcurrente et celle qu'employait Albucasis, qui laissait seulement intacts les intervalles des douleurs. Je suis convaincu que, de cette manière, on doit également obtenir des succès nombreux et complets.

Tels étaient, lorsqu'a paru la première édition de cet ouvrage, les motifs qui m'empêchaient de donner à ce moyen si puissant la place qui lui est due dans le traitement de cette névralgie, comme de toutes les autres. Aujourd'hui que nous pouvons faire usage du chloroforme, ces motifs n'existent plus, et je regarde la cautérisation transcurrente comme le moyen le plus efficace qu'on puisse mettre en usage. C'est aussi celui que j'emploie de préférence. Quant aux détails de son application, je les ai donnés dans l'article *Névralgie en général*.

Cautérisation de l'hélix. — Dans ces derniers temps, on a mis en usage, à Paris, un moyen bien étrange, mais qui a réussi un certain nombre de fois : ce moyen consiste *à toucher avec le fer rouge la partie antérieure de l'hélix*.

Ayant réuni la plupart des faits qui ont été publiés sur ce sujet (1), je suis arrivé à cette conclusion, que cette cautérisation, qui n'agit évidemment que comme moyen perturbateur, est le plus souvent impuissante contre les névralgies anciennes et rebelles, les seules qui demandent un traitement énergique. J'ai constaté aussi que beaucoup de malades traités par ce moyen voient très promptement leurs douleurs reparaître, et j'en ai conclu que la cautérisation de l'hélix, un moment en faveur, à cause de son étrangeté, n'était pas destinée à prendre place dans la thérapeutique. Je ne crois pas qu'on doive se hasarder à employer un moyen aussi singulier quand on est si loin de pouvoir répondre du succès.

Moxa. — D'après mes recherches, le moxa doit être rejeté. Il est infiniment plus douloureux que le vésicatoire volant, moins promptement et moins sûrement efficace que le cautère actuel.

Sinapismes. — Je n'ai rien à ajouter à ce que j'ai dit ailleurs de l'emploi des sinapismes. Je vais seulement indiquer le suivant qui était employé par Willis, et auquel on a attribué une efficacité si grande, qu'on l'a nommé *cataplasme ischiatique* :

℞ Farine de moutarde.......	250 gram.	Gingembre.................	15 gram.
Poivre blanc............	15 gram.	Oxymel simple..............	Q. s.

Mêlez.

(1) *De la cautérisation de l'hélix comme moyen de traitement de la sciatique* (*Union méd.*, novembre 1850).

pplications irritantes diverses. — On a recommandé les frictions le long du : du nerf malade, avec la *pommade d'Autenrieth*, ou bien avec une *solution rtre stibié dans l'eau*, ainsi qu'il suit (1) :

: Tartre stibié.......... 0,60 gram. | Eau de fontaine.......... 240 gram.

solvez. Pour se frotter matin et soir.

tte médication rentre dans le traitement par irritation externe dont les vésica-s et le cautère actuel sont les agents les plus actifs.

 a encore proposé les frictions avec l'*huile de croton tiglium*, avec un *lini- ammoniacal*, avec un mélange d'*essence de térébenthine* et de *tartre stibié* 'rayssé (2)] ; en un mot, avec tout ce qui peut produire une éruption ou rubé- fortement la peau, et nul doute que, par ces moyens, on n'ait réussi à faire raître des névralgies peu intenses, car ce sont des remèdes qui agissent dans ême sens que ceux auxquels nous avons reconnu la plus grande efficacité ; ment ils sont moins actifs : aussi cette indication générale est-elle suffisante.

haleur. — On peut, je crois, rapprocher des moyens précédents l'emploi de la ur à un degré élevé. On a cité des faits dans lesquels l'exposition du membre distance assez rapprochée d'un feu vif pour que la sensation de chaleur fût ile à supporter, a dissipé les douleurs ; d'autres dans lesquels l'application d'un très chaud a eu le même résultat. Tout le monde connaît le moyen vulgaire onsiste à appliquer sur la partie malade un pain sortant du four. Mais peu im- la manière dont la chaleur est appliquée, pourvu qu'elle soit très élevée.

roid, hydrothérapie, bains de mer. — Quelques médecins, au contraire, con- nt de recourir à l'application de corps froids, et l'on a également cité quelques s par ce moyen. Les principaux sont ceux qu'on trouve dans les ouvrages sur *rothérapie.* Il est vrai que ce moyen de traitement n'agit pas seulement 'application du froid, il s'en faut de beaucoup ; les phénomènes de réaction, gime, l'exercice, ont dû avoir nécessairement une grande influence dans cette cation.

ais ce n'est pas ici le lieu de s'occuper de la manière d'agir du traitement ; devons seulement constater les faits. Or, après en avoir pris connaissance, connaît qu'ils ne sont ni assez nombreux, ni assez concluants pour autoriser decin à employer l'hydrothérapie d'une manière générale contre les névral- Rien ne prouve surtout que ce moyen ait une efficacité égale à celle des vési- ns et de la cautérisation transcurrente. Sans doute on citera quelques cas tionnels où l'hydrothérapie aura triomphé de névralgies très rebelles ; mais, que j'ai eu maintes fois occasion de le faire remarquer, c'est ce qui est arrivé tous les médicaments, et ce n'est pas de cette manière qu'on doit établir l'ef- ité d'un agent thérapeutique. Les *bains de mer*, recommandés par Landenberg, ent principalement, comme tout le monde le reconnaît, par la soustraction que du calorique, et par la réaction qui la suit ; à ce titre, ils doivent être rochés de l'hydrothérapie, et les mêmes réflexions s'appliquent à leur emploi.

Horn's Arch., 1813.

Journal des connaiss. méd.-chirurg., 1er juillet 1852.

Électricité, acupuncture. — Ce serait tomber dans des redites inutiles que d'insister ici sur l'emploi de ces moyens. Ce que j'en ai dit à propos des névralgies en général s'applique parfaitement à la névralgie sciatique.

Incisions sous-cutanées. — M. le docteur Ribieri (1) a obtenu la guérison complète d'une névralgie sciatique très rebelle en pratiquant deux *incisions sous-cutanées*, l'une à cinq lignes, l'autre à trois lignes de la tête du péroné, et en promenant la lame étroite du bistouri de manière à raser le périoste; il ne resta plus que quelques légères douleurs au-dessus de ce point. Deux nouvelles incisions pratiquées dans cet endroit les firent disparaître.

Narcotiques à l'extérieur, méthode endermique. — La pommade, les liniments *opiacés*, ont été mis en usage dans cette névralgie comme dans les autres; mais on a eu principalement recours à l'application de la *belladone*. Le docteur Todd (2) recommande les frictions suivantes :

℞ Extrait de belladone....... 8 gram.	Eau.................... 30 gram.

Dissolvez. Pour frictions matin et soir.

On peut avoir également recours à l'*aconit*, incorporé dans le cérat, dissous dans l'eau, etc. Je n'insiste pas sur ces moyens qui doivent être rangés parmi les simples adjuvants.

Les faits de guérison à l'aide des *sels de morphine* employés selon la *méthode endermique* sont assurément très nombreux; mais j'ai dit, en parlant des névralgies en général, quelle est la part qu'il faut accorder dans ce traitement à l'absorption du sel narcotique.

Mercuriaux à l'extérieur. — Les auteurs ont généralement admis l'existence de névralgies sciatiques dues au virus syphilitique; mais ce sont surtout certains syphilographes qui ont insisté sur ce point. Cirillo, entre autres, dit avoir guéri un grand nombre de sciatiques de cette nature, à l'aide de frictions avec la pommade suivante :

℞ Deutochlorure de mercure.. 4 gram.	Axonge................. 30 gram.

Mêlez et triturez dans un mortier de verre pendant douze heures, pour faire un onguent. Frictions une fois par jour sous la plante des pieds.

D'autres auteurs ont prescrit les frictions avec l'*onguent mercuriel* jusqu'à production de la salivation; mais cette pratique est aujourd'hui abandonnée.

Sanchez faisait usage de la préparation suivante, dans les cas dont nous nous occupons ici :

Pommade de Sanchez.

℞ Mercure............. 120 gram.	Miel de Narbonne......... 15 gram.

Après l'extinction du métal, ajoutez :

Camphre en poudre... .... 13 gram.	Beurre de cacao......... 240 gram.

Triturez pendant soixante-dix heures.

(1) *Journal des sciences médicales de Turin*, et *Journal des connaiss. médic.*, mars 1847.
(2) *Trans. of the surg. Apoth.*, vol. I.

Pour pratiquer les frictions, on se déshabille devant un feu clair, on prend de 8 à 15 grammes de cette pommade, on la fait fondre à la chaleur, et l'on se frictionne pendant huit à dix minutes, d'abord sur les parties douloureuses, puis à la partie interne de la cuisse correspondante, puis sur l'autre cuisse, et l'on recommence ensuite.

J'ai vu ce moyen réussir parfaitement dans un cas où les vésicatoires volants multipliés et l'application de la morphine par la méthode endermique n'avaient produit qu'une amélioration incomplète, et d'un autre côté plusieurs autres cas de ce genre ont été rapportés par les auteurs; on est donc porté nécessairement à attacher une importance assez grande aux affections syphilitiques antérieures. Je ne peux cependant m'empêcher de faire remarquer que ces frictions prolongées avec des substances plus ou moins irritantes, et cette exposition du membre à un feu vif peuvent très bien, par elles-mêmes, produire la guérison sans qu'il soit nécessaire d'invoquer l'action du mercure sur toute l'économie, ce qui rapprocherait ce moyen de ceux que nous avons indiqués plus haut.

Moyens divers. — Je me contenterai, pour terminer ce qui a rapport à la médication externe dans la névralgie sciatique, de présenter l'énumération suivante de moyens divers dont nous ne pouvons pas apprécier suffisamment l'efficacité, parce que les faits nous manquent : on a conseillé les *bains de vapeur*, les *eaux thermales sulfureuses*, les *fumigations sulfureuses*, l'*urtication*, des *emplâtres diaphorétiques savonneux*, l'application de la *laine* sur la peau, en un mot divers moyens qui excitent, soit seulement la partie malade, soit la surface du corps tout entière.

Enfin on a recommandé la *section transversale du nerf* sur la face dorsale de la seconde phalange, dans les cas de névralgie des doigts du pied; mais ces cas sont tellement rares, que l'occasion de pratiquer une semblable opération ne doit se présenter qu'à de bien grands intervalles. Pour ma part, je n'ai jamais observé de névralgies assez bien bornées aux doigts du pied pour que cette section des nerfs puisse avoir quelques succès. Remarquons d'ailleurs que l'opération peut bien agir par la simple division des parties douloureuses; car, ainsi que je l'ai dit plus haut, des *sections sous-cutanées* n'intéressant pas le nerf, et pratiquées sur le point douloureux, ont guéri une sciatique rebelle.

Médication interne. — De tous les médicaments qui ont été employés à l'intérieur, il n'en est aucun qui ait joui d'une aussi grande réputation que l'*huile essentielle de térébenthine*. Galien n'employait ce médicament qu'en frictions à l'extérieur; Cheyne et F. Home l'ont administré à l'intérieur en Angleterre; et Récamier et M. Martinet (1) en France, en ont fait usage contre toutes les névralgies, mais plus particulièrement contre celle dont nous nous occupons ici; j'ai donné ailleurs une analyse détaillée du travail de M. Martinet, et voici à quelles conclusions je suis arrivé :

« Quelle est, ai-je dit (2), l'efficacité réelle de l'huile essentielle de térébenthine? Il est fort difficile de répondre positivement à cette question; tout ce qu'il est permis de dire, c'est que, d'après les faits dont je viens de présenter l'analyse, ce médicament a été trop vanté par les uns et trop déprécié par les autres. Si nous ne

(1) *Du traitement de la sciatique*, etc. Paris, 1829, 2e édit.
(2) *Traité des névralgies*, p. 636.

pouvons pas, avec les observations de M. Martinet, nous faire une idée exacte de la proportion des guérisons et des insuccès, du moins nous y trouvons un nombre de cas assez considérable dans lesquels la térébenthine a eu les plus heureux effets, car fréquemment la guérison complète est survenue au bout de six à dix jours, et quelquefois moins, chez des sujets affectés depuis plusieurs mois d'une sciatique pour laquelle on avait mis en usage les moyens les plus variés. Tous les faits négatifs ne peuvent rien contre ces faits positifs, et lorsque l'on voit, dans plus de trente cas, une maladie longue, opiniâtre, très douloureuse, disparaître sans qu'il y ait rien de changé que la médication, on ne peut s'empêcher de rapporter la guérison à celle-ci. L'usage de la térébenthine ne saurait donc être abandonné, et c'est pourquoi je vais, d'après le mémoire de M. Martinet, faire connaître les diverses formes sous lesquelles elle est le plus ordinairement administrée, les doses auxquelles on peut la porter, et les accidents qu'elle peut occasionner.

Une des préparations le plus souvent employées par M. Martinet est la suivante :

Looch térébenthiné.

℞ Jaune d'œuf	n° 1.	Sirop de menthe	}	ãã 64 gram.
Essence de térébenthine	12 gram.	— de fleur d'oranger	}	

F. s. a. un looch. Dose : trois cuillerées par jour.

M. Martinet ajoute qu'il faut quelquefois mêler à ce looch de 2 à 4 grammes de *laudanum*, pour prévenir les vomissements.

Le mélange suivant est exclusivement prescrit par M. Récamier :

℞ Huile de térébenthine	8 gram.	Miel rosat	128 gram.

A prendre par cuillerée, deux à six fois par jour.

Pour éviter l'action du médicament sur la muqueuse gastro-intestinale, M. Martinet a eu l'idée de donner un opiat térébenthiné dont voici la formule :

Opiat térébenthiné.

℞ Huile de térébenthine	8 gram.	Sucre pulvérisé	16 gram.
Gomme arabique en poudre	48 gram.	Sirop de fleur d'oranger	32 gram.

F. s. a. un opiat. Dose : un tiers par jour, en trois fois, et entre deux pains à chanter.

Il ne ressort pas positivement des faits cités par l'auteur qu'il ait atteint par l'emploi de cet opiat le but qu'il se proposait, qui est d'éviter les troubles du tube digestif.

La saveur et surtout l'odeur de la térébenthine excitent quelquefois chez les malades un dégoût invincible ; pour remédier à cet inconvénient, M. Martinet a fait faire la préparation suivante :

℞ Huile de térébenthine	4 gram.	Huile de menthe	8 gouttes.
Magnésie calcinée	3 gram.		

F. s. a. un opiat, et conservez dans un pot d'étain. A prendre dans du pain à chanter, trois fois par jour, par bols de la grosseur d'une noisette.

Cette préparation est, en effet, celle qui occasionne le moins d'inconvénients. Dans un cas où l'opiat n'avait pas pu être supporté, j'ordonnai des pilules composées de térébenthine et de magnésie calcinée, qui produisirent une amélioration notable, sans qu'il en résultât aucun trouble du côté des voies gastriques. M. Martinet emploie aussi la térébenthine *à l'extérieur;* il propose, en effet, les frictions suivantes :

Liniment térébenthiné.

℞ Huile de camomille........	64 gram.	Laudanum de Sydenham.......... 4 gram.
Essence de térébenthine....	32 gram.	

Pour frictions matin et soir.

Je n'ai pas indiqué ce moyen en parlant de la médication externe, quoique d'autres auteurs aient également recommandé les frictions avec l'huile de térébenthine, parce qu'il est évident, ainsi qu'on peut s'en assurer en lisant les observations de M. Martinet, qu'il ne peut être considéré que comme un adjuvant du traitement par l'huile de térébenthine à l'intérieur, et c'est pourquoi il m'a paru suffisant de l'indiquer ici.

Narcotiques à l'intérieur. — Bien qu'un grand nombre d'auteurs aient vanté les narcotiques à l'intérieur dans la névralgie sciatique, je ne fais que les mentionner, attendu que ce que j'ai dit de ces médicaments, à propos des autres névralgies, s'applique parfaitement à celle dont il s'agit ici, soit qu'on mette en usage l'opium, l'aconit, la belladone, soit qu'on emploie toute autre substance ayant des propriétés analogues.

Mercuriaux à l'intérieur. — Les mercuriaux à l'intérieur ont été administrés, tantôt en même temps que les frictions mercurielles indiquées plus haut, et tantôt seuls. Or, on a cité des cas de guérison par cette administration exclusive des mercuriaux à l'intérieur. C'est donc un moyen que le praticien ne doit pas ignorer. Rien ne prouve, du reste, que telle préparation ait plus d'efficacité que telle autre, car les auteurs ne les ont pas étudiées comparativement. Le docteur Most propose la poudre suivante :

℞ Deutoxyde de mercure.	0,05 gram.	Gomme arabique................ 5 gram.
Sucre blanc..........	15 gram.	

Faites une poudre. Divisez en seize paquets. Dose : un matin et soir.

D'autres recommandent le *calomel*, le *deutochlorure de mercure*, etc., etc. M. le docteur Devoisin (1) préconise l'*iodure de potassium* qu'il donne graduellement jusqu'à 4 grammes en commençant par 50 centigrammes. Il cite des observations où cette médication a été suivie de succès.

Antispasmodiques.—On a encore prescrit le *camphre*, l'*asa fœtida*, l'*éther*, etc.; mais je n'ai trouvé nulle part aucun fait qui démontre que ces substances soient autre chose que de simples adjuvants, dans certains cas.

Sulfate de quinine. — J'ai dit plus haut que la névralgie sciatique se montre rarement avec le type intermittent périodique, et que, dans les cas dont j'ai con-

(1) *Journal des connaiss. médico-chirurg.*, 1er juin 1852.

naissance, où elle a présenté quelque chose de semblable, le sulfate de quinine a échoué. Je n'ai rien à ajouter ici à cette indication. Peut-être d'autres faits viendront-ils plus tard modifier les conclusions que nous en devons tirer quant à présent.

Moyens divers. — Après les détails dans lesquels je suis entré, dans les articles consacrés à la *névralgie en général* et à la *névralgie trifaciale*, il me suffit d'indiquer sommairement les moyens suivants, dont l'efficacité, dans la majorité des cas du moins, n'est pas démontrée par une expérience suffisante.

Le docteur Knod recommande l'*hydrochlorate de potasse*, qu'il administre ainsi qu'il suit :

℞ Hydrochlorate de potasse...	6 gram.	Eau distillée............	120 gram.

Mêlez. Dose : une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

La formule suivante appartient à Jahn :

℞ Crème de tartre.........	15 gram.	Sucre blanc.............	8 gram.
Soufre précipité.........	8 gram.	Herbe d'aconit...........	0,40 gram.

Mêlez. Faites une poudre. Dose : une petite cuillerée à thé toutes les deux heures.

Cette formule est employée principalement dans les cas où il y a constipation, ce qui doit nous rappeler que, suivant quelques médecins, il suffit de procurer la liberté du ventre pour guérir un bon nombre de névralgies sciatiques, et de là l'usage des *purgatifs* dans cette affection. Il n'est pas douteux que la liberté du ventre ne doive être soigneusement entretenue chez des malades qui gardent constamment le lit, et auxquels on donne très fréquemment des préparations opiacées; mais je n'ai jamais vu que les purgatifs aient amélioré la maladie au point de faire espérer une guérison solide; il est vrai que j'ai toujours éliminé les cas où la guérison devait se produire spontanément, ce que n'ont généralement pas fait les auteurs qui ont écrit sur le sujet dont nous nous occupons.

Je dois me borner également à mentionner le *gaïac*, le *vin antimonié* d'Huxham, le *rhododendron chrysanthemum*, l'*extrait de narcisse*, la *compression*, etc., parce que les documents que nous possédons sur ces moyens sont tout à fait insuffisants.

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DE LA NÉVRALGIE SCIATIQUE.

Pendant le *traitement par les vésicatoires*, les malades doivent garder un repos absolu au lit.

Ils doivent être chaudement couverts, et dans un appartement bien sec.

La liberté du ventre doit être entretenue par de légers laxatifs.

Enfin il faut leur permettre un *régime* varié et assez abondant, à moins qu'il n'y ait quelque complication. Les condiments trop excitants, et les liqueurs fortes, ainsi que le vin pur, doivent être seuls proscrits.

Dans le *traitement par la cautérisation transcurrente*, presque toutes ces précautions peuvent être négligées.

Résumé. — Il résulte, de ce qui précède, que les seuls médicaments qu'on puisse regarder comme ayant une efficacité générale, sont : 1° ceux que nous avons indiqués en parlant des névralgies en général (*vésicatoires, cautérisation*), et 2° l'*huile essentielle de térébenthine*. Il y a néanmoins des restrictions à apporter à l'approbation de ce dernier moyen. Il est désagréable, difficilement supporté par beaucoup de malades, quelques précautions qu'on prenne, et ce qui est bien plus grave encore, il a une efficacité moindre que les moyens précédents. Quant aux autres médicaments mentionnés plus haut, ils ont pu avoir quelques avantages dans certains cas, mais cela ne suffit pas pour qu'on soit autorisé à en faire la base du traitement, qui, en définitive, ne diffère que dans un petit nombre de cas du traitement général des névralgies, tel que nous l'avons adopté.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Médication externe.* — Émissions sanguines; vésicatoires à demeure, volants; cautère actuel, cautérisation transcurrente; moxa; sinapismes; applications irritantes diverses; chaleur; froid; hydrothérapie; bains de mer; électricité; acupuncture; narcotiques à l'extérieur; mercuriaux à l'extérieur; section transversale des filets nerveux sur les orteils.

2° *Médication interne.* — Huile essentielle de térébenthine; narcotiques à l'intérieur; mercuriaux à l'intérieur; iodure de potassium; antispasmodiques; sulfate de quinine; moyens divers.

ARTICLE XII.

NÉVRALGIES MULTIPLE ET ERRATIQUE.

Je ne saurais entrer dans de grands détails sur ces deux formes de la névralgie, dans lesquelles la manière d'être de la maladie n'est nullement changée, et qui n'exigent, relativement au traitement, que quelques modifications d'une médiocre importance. Quelques mots me paraissent néanmoins nécessaires, car il faut que le praticien sache jusqu'à quel point l'affection peut s'étendre, et comment, dans certains cas, elle peut occuper tantôt un point, tantôt un autre.

1° *Névralgie multiple.* — Il n'est pas un seul des articles précédents où je n'aie eu à faire remarquer que, outre l'affection dont je donnais la description, il existait souvent, chez le même sujet, d'autres névralgies occupant un siége plus ou moins éloigné de la maladie principale. Ce sont là des névralgies multiples; mais ces névralgies sont assez différentes, suivant les cas. C'est ainsi qu'on voit, chez un sujet affecté de *névralgie sciatique*, par exemple, une douleur *cervico-occipitale* se montrer d'une manière, soit permanente, soit passagère, sans que l'examen le plus attentif puisse faire découvrir la moindre souffrance dans les nerfs situés entre des parties si éloignées; tandis que, chez un autre, on verra la douleur se propager évidemment, d'une part, au nerf crural, et de l'autre, aux nerfs lombaires. Dans le premier cas, on ne peut attribuer la production de ces névralgies, si éloignées l'une de l'autre, qu'à une cause générale, tandis que, dans le second, on peut admettre, outre cette cause, une propagation du mal par voie de contiguïté. Cette propagation est si fréquente, qu'on ne regardera pas assurément ce que je

viens de dire comme une simple spéculation de l'esprit. Pour quiconque examinera attentivement les malades soumis à son observation, il ne sera pas douteux que la névralgie a une grande tendance à se propager de proche en proche. La névralgie trifaciale a de la tendance à se porter vers le nerf occipital, et la névralgie occipitale à envahir le nerf trifacial. On sait avec quelle facilité la névralgie cervico-faciale envahit les nerfs thoraciques, et il n'est pas rare, ainsi que je le disais tout à l'heure, de voir la névralgie sciatique atteindre le plexus lombaire, et réciproquement.

Cette tendance à gagner ainsi les nerfs voisins est quelquefois telle, que, en peu de temps, on voit tout un côté du corps atteint de névralgie. J'en ai observé plusieurs cas remarquables. L'un d'eux a été cité dans mon *Traité des névralgies*; un autre a passé sous mes yeux il y a deux ans, et il offrait, en outre, cette particularité curieuse, que la névralgie, étendue peu à peu et de proche en proche à tout un côté du corps, avait été causée par une contusion d'un point très limité du nerf trifacial, et était bornée primitivement à une très petite étendue de ce nerf.

Dans un cas également curieux et cité par M. de Sainte-Marie (1), la névralgie, chassée pour ainsi dire par des cautérisations successives, quitta après chaque application du cautère la région thoracique où elle avait commencé, pour se porter vers l'aine gauche, l'hypochondre, puis la cuisse, le genou, la jambe, la plante du pied : chaque fois la cautérisation la fit disparaître.

Il faut ordinairement un temps assez long pour que la névralgie, primitivement limitée à un seul nerf, en envahisse plusieurs. Ce n'est donc que dans les cas où le mal est négligé qu'on a à craindre cette propagation. Aussi voyons-nous la névralgie intercostale, qui, malgré les travaux publiés dans ces dernières années, n'est pas suffisamment connue de tous les médecins, s'étendre assez fréquemment à une grande étendue du tronc.

2° *Névralgie erratique.* — Il est rare de voir une névralgie disparaître brusquement et être immédiatement remplacée par une autre. Je n'ai pu citer, dans mon ouvrage, qu'un exemple de cette métastase névralgique, s'il est permis de s'exprimer ainsi. Il m'avait été communiqué par M. Grisolle, et était relatif à un jeune homme qui avait vu tout à coup une douleur nerveuse de la tête être remplacée par une gastralgie. Depuis j'ai vu, dans un cas, une névralgie intercostale accompagnée de gastralgie être brusquement remplacée par une névralgie trifaciale. Les cas de ce genre sont, comme on le voit, fort rares. Mais voici ce que l'on observe plus fréquemment :

Chez un certain nombre de sujets, une névralgie, après avoir duré quelques jours, disparaît; puis, au bout d'un temps peu considérable, il s'en montre une autre dans un autre point; puis la première reparaît, ou l'on en voit survenir une autre ayant un siége différent des premières, et toujours après un intervalle peu considérable. C'est ce que l'on observe surtout dans le cours des traitements d'une efficacité incontestable, les vésicatoires volants, par exemple. Il semble alors que la douleur, due à une cause générale, après avoir été expulsée du nerf où elle s'était établie, se réfugie dans un autre, puis dans un autre, à mesure qu'elle est atta-

(1) *Journal de médecine de Bordeaux*, et *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1er juillet 1851.

quée. Une remarque générale, que j'ai faite à propos de ces cas, c'est que ces douleurs nerveuses n'ont presque jamais, et peut-être même jamais, la même intensité que ces névralgies à siége bien déterminé, dont nous avons parlé jusqu'à présent.

Traitement. — La *névralgie multiple* ne présente rien de particulier relativement au traitement. Il faut seulement multiplier les applications topiques, à cause du plus grand nombre de points douloureux. Quant à la *névralgie erratique*, il faut savoir qu'elle est ordinairement très rebelle, parce qu'elle fuit, en quelque sorte, devant les moyens thérapeutiques les plus efficaces. On est habituellement forcé de recourir aux remèdes pris *à l'intérieur*, et qui ont une action générale; mais bien souvent la maladie résiste à tout.

ARTICLE XIII.

NÉVRALGIE GÉNÉRALE.

L'affection dont il va être question dans cet article ne m'est connue que depuis un petit nombre d'années; ce n'est, en effet, qu'au commencement de l'année 1847 que j'ai pu en observer avec attention le premier fait bien évident. Depuis cette époque j'en ai eu sous les yeux un certain nombre d'autres qui feront la base de cet article. La plupart d'entre eux ont été publiés dans deux mémoires que j'ai fait paraître en 1847 (1) et 1848 (2). Depuis lors M. le docteur Leclerc (de l'île Bourbon) a publié une très bonne thèse sur ce sujet.

La névralgie générale m'a tout d'abord paru distincte de la *névralgie multiple*, ou névralgie plus ou moins *généralisée*, par un ensemble de phénomènes nerveux très remarquables, de telle sorte que l'affection, loin d'être localisée dans les nerfs, occupe tout l'ensemble du système nerveux. Ces phénomènes ont une très grande importance et méritent d'être bien connus du praticien; car, sans aucun doute, ils ont fait prendre bien des fois pour une maladie très grave, et même incurable, une affection dont le traitement est des plus simples et en même temps des plus sûrs. A ce titre, l'histoire rapide que je vais donner de cette névralgie générale aura, sans doute, un grand intérêt pour les médecins.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Je donne le nom de *névralgie générale* à une affection caractérisée par de nombreux points douloureux à la pression sur la surface du corps, par les autres phénomènes de la névralgie le long de plusieurs nerfs, et par des symptômes cérébraux tels que les étourdissements, les vertiges, le tremblement, l'abattement des forces.

La fréquence de cette maladie n'est pas grande. Depuis cinq ans que mon attention est éveillée sur elle, je n'en ai observé qu'une quinzaine de cas. Il n'est pas douteux cependant que, quand on la connaîtra bien, les exemples se multiplieront;

(1) *Union médicale*, 22 mai 1847 : *Considérations sur un cas de névralgie occupant presque tous les nerfs du corps.*

(2) *Bulletin général de thérapeutique*, janvier 1848 : *De la névralgie générale, etc.*

car, je le répète, c'est une maladie qu'on a nécessairement confondue avec des affections cérébrales graves et dont les cas ont passé et passent encore tous les jours inaperçus.

§ II. — Causes.

Le petit nombre de faits que j'ai observés ne me permet pas de faire une exposition détaillée de l'étiologie de la névralgie générale. Voici ce qui ressort de ces faits :

Je n'ai encore vu la maladie que *chez des hommes adultes;* mais dans 12 cas observés par M. Leclerc (1), 4 eurent lieu chez des femmes, et récemment je l'ai notée moi-même chez une femme. Presque tous avaient une *mauvaise hygiène*, se nourrissant mal et ne prenant aucune précaution contre les intempéries de l'air.

Huit fois sur les 12 cas recueillis par M. Leclerc (2), les malades habitaient des logements bas, humides, mal aérés.

Il n'en est que deux sur sept qui eussent l'*habitude de boire de l'eau-de-vie*, principalement le matin à jeun, et encore n'en faisaient-ils pas un véritable abus. Ce fait mérite d'être noté, à cause de la ressemblance assez grande qui existe entre la névralgie générale et le *delirium tremens*.

Telles sont les données bien incomplètes que nous avons sur les causes de cette affection.

§ III. — Symptômes.

Le *début* de la névralgie générale a toujours été lent et graduel. Un peu de malaise allant toujours en augmentant, des douleurs vagues, de la tristesse et le brisement des forces, tels sont les symptômes qui l'ont marqué dans tous les cas.

Lorsque les malades se sont présentés à mon observation, ils offraient les *symptômes* suivants :

La *douleur* est de nature essentiellement névralgique. Elle occupe, en effet, des *points limités* et plus ou moins éloignés les uns des autres. Ces points sont *sensibles à la pression.* Ils sont parfois le siége d'*élancements* plus ou moins vifs et plus ou moins étendus, et ils se trouvent précisément là où l'on rencontre les points douloureux à la pression dans les névralgies ordinaires. Ainsi on les trouve disséminés *le long de la colonne vertébrale*, dans différentes parties des *espaces intercostaux*, le long de la *crête iliaque*, à l'*épigastre*, à l'*hypogastre*, comme dans les névralgies cervicale, dorsale, lombaire; le long du trajet des *nerfs trifacial*, *occipital*, *cubital*, *radial*, *sciatique*, etc. Comme dans les autres névralgies, c'est *aux points d'émergence*, *dans ceux où les nerfs deviennent superficiels*, *dans ceux où ils viennent se terminer dans la peau*, que la douleur se manifeste. En un mot, il y a identité parfaite, de telle sorte que, quand même on ne voudrait pas admettre que la maladie tout entière consiste dans une névralgie, il faudrait au moins reconnaître que, quelle que soit l'affection à l'existence de laquelle on s'arrêterait, il y a complication, et il existe des symptômes de névralgie qu'il est impossible de nier.

(1) Thèse, Paris, 1832.
(2) *L. c. cit.*

Il n'y a presque pas de point du corps où puisse se manifester une douleur névralgique qui ne fût douloureux chez un des sujets dont j'ai recueilli l'histoire (1), et chez les autres sujets le nombre des points douloureux était très considérable.

Comme dans toutes les névralgies, *la vivacité de ces douleurs varie beaucoup d'un jour à l'autre*, et parfois dans la même journée; aussi, comme je l'ai déjà fait remarquer, ne faut-il pas se hâter de conclure d'un premier examen que les points douloureux n'existent pas, ou n'existent qu'en partie; il faut revenir sur cet examen, car souvent, après s'être plaints seulement d'une douleur vague générale, les malades accusent plus tard une douleur bien caractérisée, et les foyers douloureux deviennent évidents.

Il arrive aussi, chez quelques sujets, qu'on observe, dans certains points du corps, une *insensibilité* plus ou moins complète *de la peau*. Ce fait ne surprendra pas ceux qui connaissent bien l'histoire des névralgies; car il a été noté dans d'autres cas de névralgie isolée bien évidente. J'en citerai, entre autres, un qui a été observé dans mon service, à l'Hôtel-Dieu annexe, et qui a été publié par M. Notta (2).

Ainsi, la douleur qui existe chez ces malades, et qui se développe, soit spontanément, soit sous l'influence de la pression, est bien évidemment de nature névralgique.

Un second symptôme, qu'il importe beaucoup de signaler, est l'*affaiblissement des membres*. Je l'ai constaté chez tous les malades, et parfois j'ai vu qu'il était plus marqué d'un côté que de l'autre. C'est surtout dans les membres supérieurs qu'on le remarque : si l'on dit au malade de vous serrer la main, on voit que ce serrement n'est nullement en rapport avec la force que fait supposer le développement des muscles, et l'augmentation très considérable d'énergie, après la guérison, vient prouver que cette faiblesse des membres supérieurs était bien réelle.

La faiblesse des membres inférieurs est moins notable; cependant, quand on fait marcher les malades, on voit qu'ils le font lentement, et l'existence des étourdissements et des vertiges dont je parlerai tout à l'heure ne rend pas seule compte de cette lenteur de la démarche. Chez un malade, j'ai noté, en outre, une roideur évidente des membres supérieurs.

Tous ont présenté, à un degré plus ou moins élevé, un *tremblement des membres supérieurs*, que l'on constate comme il suit : Si, après avoir fait asseoir ou lever les malades, on leur fait étendre les bras, les doigts étant écartés les uns des autres, on voit d'abord ceux-ci, puis les poignets, agités de mouvements rapides et courts, qui augmentent d'étendue et de rapidité, quand on laisse les malades pendant un certain temps dans cette position. J'ai remarqué que le degré de ce tremblement était en rapport direct avec celui des étourdissements et de la faiblesse musculaire. Aussi était-il surtout remarquable chez le premier sujet qui s'est offert à mon observation (3).

J'ai, dans tous les cas, examiné avec soin la *sensibilité cutanée*, et je ne l'ai

(1) *Union médicale*, loc. cit.

(2) *Mémoire sur le traitement des névralgies par la cautérisation transcurrente* (*Union médicale*, 1847).

(3) *Union médicale*, loc. cit.

trouvée obtuse que chez un seul sujet. Ce symptôme ne doit donc être regardé que comme accidentel; et c'est ainsi, du reste, qu'il se montre dans les névralgies de quelque espèce qu'elles soient.

Des *éblouissements*, des *étourdissements*, qui se manifestent surtout lorsque le malade veut marcher, ont été notés chez tous les sujets, moins un dont la maladie n'était pas aussi avancée. Ces phénomènes méritent toute notre attention; car ce sont peut-être ceux qui peuvent le plus facilement induire en erreur, et faire croire à l'existence d'une maladie cérébrale. Quelquefois ils sont portés à un tel degré, que le malade est, à chaque instant, près de tomber à droite, à gauche ou en arrière; qu'il marche comme un homme ivre; qu'il est obligé de se tenir aux colonnes du lit, à la muraille. Ces symptômes sont ceux dont les malades se plaignent le plus, et il est, par conséquent, facile de comprendre comment ils peuvent attirer exclusivement l'attention du médecin.

Il paraîtra peut-être surprenant à un grand nombre de lecteurs que je regarde les étourdissements comme un symptôme de la névralgie. Mais qu'ils veuillent bien se rappeler que, dans les névralgies trifaciale et occipitale, ces étourdissements se montrent assez souvent, si ce n'est d'une manière constante, du moins pendant les violents paroxysmes; qu'il y a alors des battements des artères, la rougeur, la chaleur de la face, le larmoiement, l'écoulement nasal, la salivation, et ils comprendront comment un simple état douloureux des nerfs peut causer, d'une manière plus ou moins marquée, des troubles de l'innervation, qui eux-mêmes produisent des troubles de la circulation et des sécrétions. Il n'y a donc là rien d'extraordinaire, rien qui ne puisse naturellement se rapporter à un état purement névralgique.

Au reste, l'existence de ces symptômes ne pourrait, en aucun cas, suffire pour prouver qu'il ne s'agit pas d'une névralgie; car, bien qu'on les observe ordinairement, ils peuvent manquer, sans que, pour cela, la maladie cesse d'être parfaitement caractérisée. C'est ce qui est démontré par une des observations que j'ai recueillies, et dans laquelle tous les autres symptômes de la névralgie générale parfaitement caractérisée disparurent promptement sous l'influence de la cautérisation transcurrente.

L'*intelligence* ne présente pas de troubles très considérables, cependant on y remarque un peu d'affaiblissement, caractérisé par un certain air d'hébétude et par la lenteur des réponses. Les malades sont tristes, découragés, ce qui est dû, sans aucun doute, à la persistance des douleurs, au malaise général et à l'impossibilité de travailler qui en résulte. La *face* présente tour à tour des signes d'accablement et d'anxiété, suivant que les douleurs sont plus ou moins vives.

Du côté des *voies digestives* on n'observe rien de remarquable. La *langue* était un peu tremblante chez un sujet. L'*appétit* était, en général, conservé à un assez haut degré; il n'y avait pas de *soif* vive, à moins qu'il ne survînt une maladie incidente, et le *ventre* était à l'état normal.

La *respiration* et la *circulation* sont naturelles. Dans un cas le *pouls* était un peu lent. La *peau* est fraîche; en un mot, il n'y a *pas la moindre trace de fièvre.*

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Des faits qui ont été soumis à mon observation, il résulte que la *marche* de la maladie est *chronique* et généralement progressive. Le début, ainsi que nous l'avons vu plus haut, est lent et graduel; puis, au bout d'un temps très variable et qui est ordinairement de deux ou trois mois, les symptômes restent stationnaires ou ne s'aggravent qu'avec plus de lenteur.

La *durée* de cette maladie est indéterminée, et dans presque tous les cas il n'y a aucune tendance à une terminaison favorable. Cependant j'ai vu en 1850, à l'hôpital Sainte-Marguerite, un malade qui présentait à un assez haut degré tous les symptômes de la névralgie générale, et qui, sans aucun traitement actif, par la seule influence du repos et d'une bonne hygiène, a parfaitement guéri de son affection. Ce cas rapproche encore la névralgie générale de la névralgie bornée à un ou plusieurs nerfs; car l'expérience prouve que dans cette dernière la guérison spontanée se montre assez fréquemment; mais cette guérison paraît beaucoup plus rare dans la névralgie générale, car chez tous les autres sujets dont j'ai analysé les observations, un temps assez long s'étant écoulé entre l'admission des malades et le traitement actif, je me suis assuré que le mal restait stationnaire. D'un autre côté, j'ai vu un sujet âgé de plus de soixante ans, qui depuis plusieurs années était affecté de cette maladie, et qui, malgré de fréquents séjours dans les hôpitaux, où les soins hygiéniques lui avaient été donnés, n'avait vu survenir aucune amélioration dans ses symptômes. Ce malade ne voulut pas se soumettre à la cautérisation transcurrente.

Ainsi, je le répète, la névralgie générale n'a, sauf dans quelques cas exceptionnels, aucune tendance à la guérison spontanée.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. — Le diagnostic présente quelques difficultés; car, ainsi que je l'ai dit plus haut, on peut croire qu'on a affaire à une affection cérébrale chronique, et de plus il ne paraît pas très facile de distinguer la maladie du *delirium tremens.*

Les *affections cérébrales qui intéressent profondément la substance du cerveau* se distinguent de celle qui nous occupe par les symptômes observés du côté de la tête et par la paralysie bornée à une certaine partie du corps. Ainsi le *ramollissement* présente une douleur fixe dans le côté de la tête qu'il occupe, et la paralysie, ainsi que la contracture des membres, du côté opposé. Des symptômes semblables s'observent dans les cas de *tumeur* et d'*abcès du cerveau.* Il faut joindre en outre à ces phénomènes des altérations souvent considérables de l'intelligence et des convulsions. En ayant égard à ces différences, on évitera facilement l'erreur.

Dans la *paralysie générale des aliénés*, il y a des désordres de l'intelligence qui sont très caractéristiques et que nous n'avons pas observés chez nos malades. De plus, chez eux, la paralysie est bien différente du simple affaiblissement que présentent les sujets affectés de névralgie générale. N'oublions pas surtout que chez les paralytiques aliénés la paralysie se fait sentir sur les organes internes : la langue, la vessie, le rectum; ce qui n'a pas lieu dans l'affection qui nous occupe. Ces dernières considérations sont applicables aux cas de *paralysie progressive sans*

aliénation dont on a parlé dans ces derniers temps, et sont suffisantes pour les faire distinguer.

Le *delirium tremens* ressemble beaucoup plus à la névralgie générale; c'est au point que je me suis demandé d'abord si je n'avais pas affaire tout simplement à cette première maladie, et qu'ayant observé un cas de *delirium tremens* dans lequel il existait de nombreux points douloureux à la pression, j'ai cru un instant qu'il en était ainsi; mais depuis lors, je n'ai plus trouvé ces points douloureux dans le *delirium tremens*, et, en outre, il y a dans cette affection des symptômes qui n'existent pas dans celle qui nous occupe. Ces symptômes sont : l'insomnie, les visions, l'agitation, la soif, le désordre des idées. Enfin, dans le *delirium tremens* il y a, comme cause facile à reconnaître, l'abus des liqueurs alcooliques; tandis que, comme nous l'avons vu plus haut, cette cause n'existe pas dans la majorité des cas de névralgie générale.

Restent maintenant le *tremblement mercuriel* et l'*intoxication saturnine.* Mais d'abord, dans ces deux affections, il est facile de remonter à la cause, et en second lieu, dans le *tremblement mercuriel*, le tremblement, porté beaucoup plus loin que dans la névralgie générale, est à peu près le seul symptôme de l'affection; tandis que dans l'intoxication saturnine, ce sont le dépérissement, la décoloration, les paralysies partielles et les douleurs des membres qui dominent. Ces différences sont très grandes et l'erreur est facile à éviter.

Ce diagnostic est trop simple pour qu'il soit nécessaire de le présenter en tableau synoptique.

Pronostic. — Le *pronostic* de cette affection n'est pas grave, puisque, comme nous allons le voir, elle cède facilement a un traitement très simple. Toutefois il ne faut pas perdre de vue que la maladie, livrée à elle-même, n'a, dans la très grande majorité des cas, aucune tendance à la guérison spontanée.

§ VI. — Traitement.

L'affection étant de nature névralgique, il est clair qu'on pourrait lui appliquer les *divers moyens mis en usage contre les diverses névralgies;* mais, comme elle occupe toute l'étendue ou presque toute l'étendue du corps, il est évident que la plupart de ces moyens seraient d'une application difficile. Ainsi, par exemple, il faudrait multiplier à l'infini les vésicatoires pour enlever tous les points douloureux qui existent. D'un autre côté, l'expérience ne nous a encore rien appris sur l'utilité des divers moyens internes.

Mais il est un traitement très simple, et qui jusqu'à présent a été infaillible : c'est la *cautérisation transcurrente*. Je n'indiquerai pas ici la manière de pratiquer cette cautérisation; on en trouvera tous les détails dans l'article consacré à la *névralgie en général*. Je dirai seulement que, pour que cette opération réussisse, il faut qu'on la pratique de manière à *atteindre à peu près tous les points douloureux qui existent.* Ainsi on promènera le cautère actuel sur la tête, le long de la colonne vertébrale et de la partie antérieure du corps, le long des espaces intercostaux, et enfin sur les membres, suivant le trajet des nerfs affectés.

Ce n'est souvent qu'au bout de deux ou trois jours qu'une amélioration notable se fait sentir; quelquefois cependant les malades sont complétement guéris le jour

même ou le lendemain. En général, ils ne se ressentent plus de leur affection de cinq à huit jours après l'opération. Les forces reviennent; les douleurs, les étourdissements disparaissent, ainsi que les tremblements. Enfin la gaieté renaît, et toutes les fonctions se rétablissent. J'ai vu dans un cas la douleur, qui avait disparu de tous les autres points du corps, persister dans le membre inférieur gauche, comme dans une névralgie sciatique ordinaire, bien que la cautérisation eût porté sur ce point. De nouvelles cautérisations la firent disparaître.

Je n'ai eu besoin, dans presque tous les cas, de recourir à la cautérisation qu'une seule fois. Si le cas l'exige, on peut la recommencer dix ou quinze jours après la première, et y revenir plus tard. Dans les cas observés particulièrement par M. Leclerc, les choses se sont passées de la même manière.

Le succès si prompt et si complet de ce traitement ne peut plus laisser de doute sur la nature de la maladie. Pour le compléter, il suffit d'y ajouter les soins d'une bonne hygiène et un régime tonique, sans être excitant. Ces soins hygiéniques et ce régime devront être continués par les malades après la guérison.

ARTICLE XIV.

DERMALGIE.

Je crois devoir placer dans ce chapitre cette affection douloureuse de la peau, parce que, dans l'immense majorité des cas, elle ne constitue autre chose qu'un des points douloureux des névralgies ordinaires dans un siége déterminé : la peau. J'ai dit, en parlant des névralgies en général, qu'il n'est pas rare d'observer une douleur vive au simple contact du doigt sur la peau; que parfois il suffit de promener sur le tégument un corps léger, la barbe d'une plume, par exemple, pour y réveiller la douleur dans un point circonscrit. C'est là évidemment une simple dépendance de la névralgie; mais, dans quelques cas, on a trouvé cette douleur indépendante, comme on trouve une douleur bornée à un petit rameau nerveux, et l'on a donné le nom de *rhumatisme de la peau* ou de *dermalgie* à l'une et à l'autre de ces formes d'affections douloureuses du tégument.

Déjà MM. Piorry et Jolly avaient particulièrement insisté sur ces douleurs superficielles, lorsque M. Beau leur a consacré un travail beaucoup plus complet et plus intéressant que tous ceux qui avaient paru jusque-là Je vais en peu de mots faire connaître ce qui ressort de plus important des observations connues, et de quelques faits que j'avais observés moi-même depuis quelques années.

Mais auparavant je dois bien déterminer ce qu'en pratique il faut entendre par névralgie de la peau. Si, avec les auteurs que je viens de citer, on disait qu'il y a dermalgie toutes les fois que la peau devient douloureuse sans aucun changement appréciable de son tissu, on aurait raison d'une manière générale, mais on établirait une distinction fâcheuse; car par là on tendrait à faire croire qu'il existe dans tous ces cas une affection du tégument nettement séparée de toute autre. Ce serait comme si, prenant chaque rameau nerveux en particulier chez les sujets affectés de névralgie ordinaire, on voulait en faire autant de névralgies particulières. Or chacun sait qu'il n'en est pas ainsi : par exemple, un sujet est affecté de névralgie sciatique; il a des douleurs dans les rameaux plantaires; mais il en a aussi dans les

autres parties des nerfs : on ne dit pas qu'il y a une névralgie plantaire, mais bien une névralgie sciatique. Il faudrait, pour que la première dénomination fût bien appliquée, que la douleur fût bornée au nerf plantaire. De même, si, dans un cas où la peau présente un point douloureux très vif, je trouve dans plusieurs points du nerf qui apporte la sensibilité à cette partie du tégument d'autres foyers de douleur, je ne peux pas dire qu'il existe une dermalgie ; je dis qu'il y a une névralgie sciatique, intercostale, lombaire, avec un point cutané plus ou moins douloureux. Or, comme je m'en suis assuré un grand nombre de fois et comme le reconnaissent eux-mêmes les auteurs que j'ai cités plus haut, c'est ce qui a lieu ordinairement. Tous ces cas, par conséquent, entrent dans les névralgies ordinaires, et nous ne devons pas nous en occuper ici.

A plus forte raison doit-on laisser de côté les douleurs plus ou moins vives occasionnées par l'érysipèle commençant, le zona et les autres affections de ce genre. En pareil cas, la douleur est un simple symptôme d'une autre maladie, et ne saurait être considérée elle-même comme une affection distincte, sous le nom de dermalgie. S'il en était autrement, il faudrait considérer comme des névralgies presque toutes les douleurs causées par les inflammations, puisqu'il est évident que les filets nerveux de l'organe enflammé en sont le siége.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Je crois donc ne devoir donner le nom de *dermalgie* qu'à une douleur de forme névralgique ayant son siége exclusivement dans la peau et étant idiopathique. Cette affection, considérée ainsi, n'est pas très fréquente ; cependant, en la recherchant avec soin, on en trouve facilement des exemples, surtout dans certaines conditions qui seront mentionnées plus loin.

§ II. — Causes.

Suivant M. Beau (1), cette maladie est bien évidemment de *nature rhumatismale*. Le vague dans lequel nous devons nécessairement rester, toutes les fois qu'il s'agit de la nature rhumatismale d'une maladie, empêche qu'on puisse discuter une semblable assertion. Ce qu'il y a de certain, c'est que, ainsi que le fait remarquer cet auteur, la douleur nerveuse de la peau survient souvent chez des personnes qui présentent des douleurs musculaires auxquelles on a donné le nom de *rhumatisme*. Mais, comme nous l'avons vu plus haut, elles se montrent aussi fréquentes chez des sujets affectés de névralgie ordinaire, et par conséquent il nous faudrait maintenant discuter si ces névralgies sont ou ne sont pas de nature rhumatismale. Mais cette discussion nous entraînerait trop loin, et d'ailleurs j'aurai à me prononcer sur cette question difficile lorsque je ferai l'histoire du rhumatisme musculaire, à laquelle je renvoie le lecteur.

D'après M. Beau encore, cette maladie se rencontre le plus souvent dans l'*âge* adulte, et plus fréquemment chez les *hommes* que chez les femmes ; mais je ne connais aucun relevé de faits qui démontre d'une manière décisive l'exactitude de

(1) *Note sur les dermalgies, etc.* (*Archives générales de médecine*, 3ᵉ série, 1841, t. XII, p. 120).

es assertions. Relativement à l'âge adulte, ce que nous savons des névralgies en énéral doit nous porter à admettre qu'il en est réellement ainsi. Quant au *sexe*, ous devons rester indécis.

M. Beau a vu l'impression du *froid*, surtout le corps étant en sueur, produire ette affection. Il a cité des cas où une douleur vive du tégument a suivi de près le efroidissement causé par une pluie froide ; mais il faut remarquer que cette dermalgie était d'une espèce particulière, dont je dirai un mot tout à l'heure. C'était, n effet, une dermalgie fébrile, et il reste toujours à savoir si les douleurs de la peau qui se produisent sans aucune réaction reconnaissent la même cause.

Je me borne à indiquer, d'après le même auteur, les causes suivantes. La dermalgie s'observe habituellement, selon lui, au *commencement du printemps*, dans un simple *changement de temps*. Elle se présente souvent chez les femmes *hystériques*, et aussi chez les sujets affectés de *paraplégie*. Relativement à ces dernières assertions, je dirai qu'en pareil cas la dermalgie est le plus ordinairement une simple dépendance d'une névralgie ordinaire. C'est ainsi que le *clou hystérique* en particulier, sur lequel M. Beau a insisté, doit, comme je l'ai dit dans un des articles précédents (1), être presque toujours considéré comme un simple point douloureux d'une névralgie de la tête. Ayant recueilli quelques observations de *maladies de la moelle* que je n'ai pas encore publiées, j'ai vu que de véritables névralgies peuvent se produire dans le cours de ces affections, et j'ai noté, en pareil cas, des points douloureux de la peau comme dans les névralgies ordinaires ; mais j'ai pu aussi constater que parfois il n'y avait qu'une douleur limitée à la peau dans un point peu étendu, et alors il existait une véritable dermalgie. C'est ce que j'ai noté en particulier chez une femme paraplégique que j'ai observée pendant très longtemps, d'abord à l'Hôtel-Dieu, puis à la Salpêtrière. Chez cette femme, qui avait fini par perdre complétement l'usage de ses membres inférieurs, il survenait parfois une douleur très vive siégeant ordinairement sur le cou-de-pied, et telle que la plus légère friction était insupportable. L'exploration attentive des nerfs de la jambe et de la cuisse ne faisait reconnaître aucun autre point douloureux. L'existence d'une dermalgie indépendante n'était donc pas douteuse (2).

Enfin M. Beau reconnaît que la dermalgie se développe parfois *sans cause appréciable*. On sait qu'il en est de même de toutes les névralgies, et par conséquent on devait s'attendre à un pareil résultat, surtout en considérant la dermalgie d'une manière générale.

La description donnée par les auteurs que j'ai cités, sans en excepter celle de M. Beau, a dû nécessairement se ressentir du défaut de distinction entre la dermalgie proprement dite, la dermalgie idiopathique, et celle qui n'est qu'un simple phénomène morbide d'une affection plus étendue. On voit, en effet, que les symptômes des névralgies ordinaires, dont la dermalgie est si souvent une simple dépendance, entrent pour beaucoup dans cette description. Je vais présenter celle de M. Beau, qui est la plus complète, en l'accompagnant de quelques réflexions.

(1) Voy. *Névralgie trifaciale* et *cervico-occipitale*.

(2) Je crois devoir faire remarquer de nouveau, pour éviter toute fausse interprétation, qu'il n'y a pas, au fond, de dissidence réelle entre moi et M. Beau. Seulement, je n'envisage pas la dermalgie d'une manière en quelque sorte abstraite, comme cet auteur. Il a fait de la pathologie générale, et je fais de la pathologie spéciale.

§ III. — Siége.

« Cette affection, dit-il, peut *siéger* dans tous les points de la peau de la tête, du tronc et des membres; mais elle se rencontre plus souvent aux membres inférieurs et à la tête qu'ailleurs. » Je ferai remarquer que, depuis que les points douloureux de la névralgie intercostale ont été recherchés avec plus de précision, on a trouvé fréquemment des parties de la peau du thorax, offrant une douleur excessive. Reste maintenant à savoir si ces points douloureux se montrent souvent d'une manière indépendante; mais la même réflexion s'applique aux douleurs cutanées de la tête et des membres inférieurs. Si je pouvais m'en rapporter à de simples souvenirs, je dirais que les douleurs bornées à la peau m'ont paru plus fréquentes sur les endroits couverts de poils que partout ailleurs, ce qui rentre dans la manière de voir de M. Beau, qui, du reste, comme nous allons le voir, a indiqué un signe particulier dans les cas où le siége de la douleur est couvert de poils.

« Quelquefois, ajoute cet auteur, toute la peau est envahie; mais cela est rare: le plus souvent la dermalgie occupe une étendue qui varie de 2 centimètres à 1 décimètre carré. »

§ IV. — Symptômes.

« Quant à la *douleur* de cette névralgie, on peut dire qu'elle est double : l'une *fixe*, l'autre *intermittente*. Ces deux espèces de douleurs peuvent exister séparément; mais le plus souvent elles sont réunies.

» La *douleur fixe* présente plusieurs variétés d'intensité ou de forme. A son degré le plus faible, elle consiste dans une légère exaltation de la sensibilité normale; il semble au patient que la peau subit le contact fatigant d'une toile d'araignée; ou bien, si le mal est plus intense, la douleur ressemble à celle qui résulte de l'enlèvement de l'épiderme et de la dénudation du corps papillaire.

» La *douleur intermittente* se fait sentir toutes les demi-minutes environ. Elle est beaucoup plus vive que la précédente, car elle est souvent portée au point d'empêcher les mouvements de la partie affectée et de priver le malade de sommeil. Le malade la compare à celle qui résulterait d'une étincelle électrique, d'un coup d'épingle, ou bien encore à celle que produirait un clou si on l'enfonçait dans la peau à plusieurs reprises.

» La douleur fixe est augmentée (*douleur provoquée*) par le frottement des vêtements. Si l'on promène les doigts sur la peau, même légèrement, on produit une sensation comparable à celle que l'on déterminerait avec une brosse rude. Pour que le résultat s'observe, il n'est pas nécessaire que l'épiderme soit très mince; car on peut l'obtenir même sur les points où l'épiderme est très épais, comme à la peau du talon. Si la partie affectée est recouverte de poils ou de cheveux, il suffit de passer la main sur eux à distance de la peau, pour que celle-ci subisse une impression douloureuse.

» Ces différents frottements non-seulement augmentent la douleur fixe, mais de plus ils déterminent souvent et immédiatement le retour de la douleur intermittente. Si, au lieu d'un frottement ou d'un simple contact, on exerce avec la main une *pression* considérable sur la partie douloureuse, on supprime la douleur fixe;

mais on n'empêche pas le retour de la douleur intermittente. Enfin je dois ajouter que la dermalgie rhumatismale est exaspérée notablement pendant la nuit. Cette exaspération porte principalement sur la douleur intermittente.

» Pendant toute la durée des douleurs, même les plus vives, la *peau* ne présente rien de remarquable sous le rapport de son épaisseur, de sa coloration et de sa chaleur. Quelquefois elle est sèche; d'autres fois elle est recouverte de sueur. »

Si nous jetons maintenant un coup d'œil sur cette description, nous voyons d'abord qu'elle a des traits nombreux de ressemblance avec celle que nous avons tracée de la névralgie ordinaire : c'est qu'en effet, comme je l'ai déjà fait remarquer plusieurs fois, les observations ayant été fréquemment prises chez des sujets affectés de névralgie, on a dû nécessairement mettre sur le compte de la dermalgie des symptômes appartenant à l'affection douloureuse des nerfs. Remarquons d'ailleurs que M. Beau nous a dit lui-même que les deux douleurs spontanées, c'est-à-dire la douleur fixe et la douleur intermittente, peuvent exister séparément. Les cas dans lesquels la dernière de ces douleurs n'existe pas ne seraient-ils pas ceux qu'on peut rapporter seuls à la dermalgie telle que nous l'entendons? Pour moi, dans les cas où la douleur de la peau m'a paru constituer à elle seule toute la maladie, j'ai remarqué qu'il n'y avait pas d'élancements; que la douleur spontanée était généralement médiocre et consistait dans un simple agacement, et que la douleur provoquée par le frottement était de beaucoup le symptôme le plus remarquable.

M. Beau a cité trois cas dans lesquels la douleur de la peau s'accompagne d'un *mouvement fébrile* assez marqué. Dans les cas de ce genre, le tégument est douloureux dans une assez grande étendue, et souvent même sur toute la surface du corps, comme cela avait lieu chez deux des sujets observés par M. Beau. Chez un troisième sujet, la peau des membres inférieurs était seule douloureuse. La fièvre, qui a existé chez ces malades, n'a pas duré plus de huit ou dix jours dans les cas où l'affection s'est le plus prolongée. J'ai vu, chez un jeune homme, de semblables douleurs se produire en même temps que la fièvre, qui annonçait l'invasion d'un mal de gorge de moyenne intensité.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Suivant M. Beau, « la *durée* de cette affection varie d'un jour à deux semaines. Sa *terminaison*, de même que son *début*, n'a guère lieu d'une manière instantanée ; la douleur se développe et se termine par gradation insensible. » Le même auteur a vu la maladie gagner de proche en proche comme l'*érysipèle ambulant*, et a noté la fréquence des *récidives*.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de la dermalgie, telle que nous l'envisageons, ne présente pas de difficultés sérieuses. On ne saurait la confondre avec une *névralgie* ordinaire, puisque celle-ci suit le trajet des nerfs, et qu'elle se trouve seulement sur un point de ce trajet. Dans les cas où la névralgie est très bornée, à quelques points de la hanche, par exemple, on constate l'existence de ces points douloureux par la pression exercée avec l'extrémité du doigt, et l'absence de la douleur vive par la simple

friction de la peau. Dans les cas fréquents où la dermalgie n'est qu'une dépendance de la névralgie, on trouve dans le trajet des nerfs les points douloureux indiqués plus haut, et de plus la douleur vive résultant de la simple friction de la peau dans une étendue limitée.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'indiquer le diagnostic de la dermalgie et des *rhumatismes articulaire* et *musculaire ;* car il suffit, pour qu'aucune erreur ne soit à craindre, de se rappeler que la douleur, dans ces dernières affections, est exaspérée principalement par les mouvements, tandis que le mouvement ne cause aucune douleur dans la dermalgie.

Pronostic. — Le pronostic de cette affection ne présente aucune gravité; elle cède promptement à des moyens très rapides, et très souvent même elle disparaît spontanément; mais nous avons vu plus haut qu'elle est très sujette à se reproduire.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de la dermalgie est très simple, comme je viens de le dire. Dans le plus grand nombre des cas observés par M. Beau, il a suffi, pour faire disparaître la douleur, de l'application locale de la *chaleur*, de l'ingestion des *boissons chaudes*, de la *provocation de la sueur*. Dans un cas où la douleur était vive et circonscrite, ce médecin eut recours à l'application d'un *vésicatoire volant* sur le point douloureux, et le mal céda presque instantanément. Ce fait vient encore à l'appui de tout ce que j'ai dit dans les articles précédents sur l'efficacité des vésicatoires volants. Pour moi, j'ai toujours vu les douleurs de la peau se dissiper spontanément au bout de quelques jours, lorsqu'elles n'étaient pas un symptôme d'une névralgie occupant une plus ou moins grande étendue du nerf qui venait apporter la sensibilité au point malade. Dans les cas, au contraire, où la dermalgie n'était qu'une dépendance de la névralgie, j'ai appliqué fréquemment des vésicatoires volants sur le lieu même occupé par la douleur cutanée, qui a cédé promptement.

[*Prophylaxie.* — Les seules recommandations qu'on ait faites, sous le point de la prophylaxie, sont de se soustraire à l'action du froid, et surtout du froid humide, en se couvrant le corps de flanelle, en habitant une chambre bien sèche et bien chauffée. Mais je dois dire que, malgré ces précautions, il est rare qu'un individu sujet à cette affection n'en éprouve pas de temps en temps des atteintes.]

ARTICLE XV.

PARALYSIE DE LA CINQUIÈME PAIRE.

Ce n'est encore que d'après un très petit nombre de faits qu'on peut dire quelques mots de la paralysie de la cinquième paire. Les auteurs qui se sont occupés du système nerveux ont surtout envisagé ce sujet au point de vue de la physiologie pathologique.

Cette maladie, étudiée par MM. Serres, Magendie, Longet, etc., a pour cause ordinaire une *lésion organique* de la partie intracrânienne du nerf de la cinquième paire (déchirures, tumeurs, ramollissement), et alors la paralysie porte sur tous les

points où le nerf va se distribuer. Dans les cas rapportés par M. Marchal (de Calvi), a sensibilité avait diminué dans un côté de la face après une névralgie intense, et cependant, chose remarquable, les sujets ne laissaient pas d'éprouver par moments des élancements névralgiques violents.

Quelquefois une seule partie de la face est paralysée; la lésion porte alors sur une des branches. Le docteur Corrigan (1) a cité un exemple remarquable de paralysie de la deuxième branche de la cinquième paire, survenue après une violente contusion de la tempe. Ch. Bell, cité par M. Jobert (de Lamballe) (2), rapporte qu'un homme à qui on avait fait l'extraction d'une dent molaire de la mâchoire inférieure, ayant porté à la bouche un verre pour se gargariser, s'écria : *Vous m'avez donné un verre cassé.* Ce fait, ajoute M. Jobert, prouve que la maladresse avec laquelle l'opération avait été faite avait amené une modification telle dans les fonctions des nerfs, que l'insensibilité d'une partie de la lèvre en avait été la suite.

Le principal *symptôme* de la paralysie de la cinquième paire est la *paralysie du sentiment*. Suivant M. Jobert, qui regarde cette cinquième paire comme un nerf de sentiment et de mouvement à la fois, ces deux fonctions seraient altérées; mais les autres observateurs ne partagent pas cette opinion, et tout porte à croire que, dans les cas observés par M. Jobert, la septième paire s'était trouvée consécutivement affectée, comme l'était la troisième dans les cas rapportés par M. Marchal de Calvi).

La paralysie du sentiment est ordinairement précédée d'une *exaltation de la sensibilité*, et voici comment M. Jobert expose la succession des symptômes : « Dans tous les cas, dit-il (p. 689), où j'ai observé la cinquième paire comprimée par des tumeurs développées dans le crâne, sa sensibilité était exaltée jusqu'à ce que la compression devenant plus forte et l'inflammation ayant déposé ses produits dans l'épaisseur du nerf, au point d'en rendre les parties composantes incapables d'accomplir leurs fonctions, la *peau* et la *muqueuse de la bouche* devinssent tout à fait *insensibles* et perdissent la faculté de distinguer les variations de température et d'apprécier la forme des corps. C'est à cette époque que la *face* a perdu de son expression, que les *membranes présentent des phénomènes de ramollissement*, que la *cornée devient opaque*, et que l'*œil finit par se vider ;* que le *muscle buccinateur a perdu de son énergie ;* que les *muscles élévateurs de la mâchoire sont paralysés*, et qu'il y a *ouverture involontaire de la bouche...* »

M. Jobert ajoute : « Chez un homme qui avait succombé à une affection cérébrale, M. Serres trouva un *ramollissement de l'origine de la cinquième paire*, qui était devenue jaunâtre et gélatineuse. Chez ce malade, qui était épileptique, il y avait eu *ophthalmie, insensibilité de la conjonctive, de la narine et de la partie correspondante de la langue.* »

Je ferai remarquer de nouveau que, parmi ces phénomènes, il en est, comme l'affaiblissement du buccinateur, qui sont dus à une complication.

Le *traitement* indiqué par les auteurs est le même que celui qu'on oppose à la *paralysie de la septième paire.* Je renvoie par conséquent le lecteur à l'article

(1) *Dublin Reports*, avril 1839.
(2) *Études sur le système nerveux*. Paris, 1838, t. II, p. 681.

consacré à cette dernière maladie, tout en faisant remarquer combien il serait utile qu'on ne s'en tînt pas à une semblable manière de voir; car les deux paires de nerfs ayant des fonctions différentes, il est permis de supposer que, pour rétablir ces fonctions lorsqu'elles sont altérées, des moyens différents pourraient bien être exigés dans les divers cas.

CHAPITRE III.

NÉVROSES DU MOUVEMENT.

ARTICLE Ier.

PARALYSIES PARTIELLES DIVERSES.

1° PARALYSIE DE LA TROISIÈME PAIRE.

[Le nerf de la troisième paire, ou oculo-moteur commun, naît des pédoncules cérébraux et va se distribuer à tous les muscles de l'œil, sauf le droit externe et le grand oblique, c'est-à-dire aux muscles droit supérieur, droit inférieur, droit interne, petit oblique et releveur de la paupière supérieure; il fournit en outre, par l'intermédiaire du ganglion ophthalmique, les nerfs ciliaires qui vont à l'iris. Il résulte de là que toutes les fois que l'action de ce nerf est suspendue ou supprimée par une cause quelconque, la paupière supérieure ne peut plus être relevée; l'œil est entraîné en dehors, parce que le muscle droit interne ne fait plus équilibre au droit externe, et la pupille demeure dilatée et immobile.

En ce qui concerne la dilatation de l'iris et le rôle que joue la racine fournie au ganglion ophthalmique par le nerf de la troisième paire, les théories physiologiques diffèrent notablement : c'est ainsi que, d'après Arnold, cette racine est motrice, et donne par conséquent le mouvement à l'iris, qui se dilate si cette racine est coupée ou comprimée. Voici, à cet égard, l'opinion de M. Claude Bernard et de M. Tardieu (1) :

« Si l'on pratique sur un animal vivant la section du nerf oculo-moteur commun dans le crâne, on voit que le globe de l'œil est projeté en avant, dévié et tourné en dehors, et que la pupille est plus dilatée que celle du côté opposé. Néanmoins, après et même longtemps après la section du nerf, l'iris ne cesse pas de subir l'influence de la belladone, et la pupille continue de se dilater, en obéissant à l'action du médicament. On a faussement attribué cette persistance de la dilatabilité de la pupille, après la section de la troisième paire, à l'existence de deux ordres de nerfs pour les mouvements de l'iris (Ruete), les uns présidant au resserrement (troisième paire), les autres à la dilatation (grand sympathique); car, lorsque le tronc nerveux a été reséqué, on s'assure que l'action de la lumière ou l'irritation du bout périphérique du nerf oculo-moteur commun divisé ne détermine pas de mouvement apparent dans l'iris, tandis que le pincement de la branche ophthalmique de la cinquième paire produit un rétrécissement et une constriction très énergiques

(1) Tardieu, *Manuel de pathologie et de clinique.*

dans la pupille. Mais cette dilatation et cette apparente immobilité de la pupille, qui ne s'expliquent pas par la paralysie de la troisième paire, peuvent être l'effet du relâchement des muscles de l'œil et du changement qui en résulte dans l'état statique de l'organe visuel. On sait que, pour que le resserrement de la pupille puisse s'effectuer, il faut que les muscles droits entraînent le globe de l'œil en arrière et en dedans (Müller). Or, dans la paralysie du nerf moteur oculaire commun, le globe se trouve dans des conditions tout à fait opposées. Et cette explication de la dilatation de la pupille est tellement juste, que la section des muscles de l'œil qu'anime la troisième paire amène dans l'état de l'iris les mêmes manifestations, quoique, dans ce cas, on n'ait nullement intéressé la prétendue racine motrice. Enfin, même lorsqu'il y a paralysie, si l'on porte mécaniquement l'œil en dedans et en arrière, et qu'on projette une lumière vive sur la rétine, on opère un resserrement de l'iris. »

Quoi qu'il en soit de ces explications plus ou moins satisfaisantes, la paralysie de la troisième paire est une maladie fréquente, due à différentes causes, tantôt symptomatique, d'autres fois réputée idiopathique, et qui se reconnaît aux caractères suivants :

Lorsque la maladie atteint son maximum d'intensité, la physionomie du malade est tellement caractéristique que l'erreur n'est pas possible. Il y a chute de la paupière supérieure, qui ne peut absolument pas se relever, tandis que, grâce au muscle orbiculaire demeuré intact, les paupières peuvent se fermer énergiquement ; il résulte de là que le malade, lorsqu'il veut regarder avec les deux yeux, est obligé de renverser la tête en arrière, ou de relever avec sa main la paupière abaissée. En outre, l'œil est dévié très notablement en dehors ; ce strabisme, qui est toujours très marqué, s'accompagne de l'immobilité de l'œil, qui ne peut pas être ramené en dedans et cesse de suivre les mouvements de l'œil du côté opposé. On remarque également la projection de cet œil en avant, et de plus la dilatation et l'immobilité de la pupille. Il existe souvent, en pareil cas, de la diplopie, surtout lorsque le malade regarde avec les deux yeux. Il est rare, dit M. Tardieu, que les mouvements du globe de l'œil soient complétement abolis ; il ne peut être porté ni en dedans, ni en haut, ni en bas ; mais quand on ordonne un de ces mouvements, l'œil est ramené fixement à une position moyenne : il regarde directement en avant. Si l'on invite le malade à diriger le regard en dehors, le strabisme est augmenté par une contraction plus forte du droit externe ; en dedans l'extrême divergence cesse ; le globe oculaire revient un peu en avant, sans pouvoir dépasser toutefois la ligne médiane. En bas, l'œil ne bouge pas, mais instinctivement le malade baisse la tête ; le strabisme est un peu augmenté. En haut alors il se fait une légère élévation du globe oculaire par un mouvement complexe qui le porte, non pas en haut, mais en dehors. La pupille se dilate encore sous l'influence de la belladone, et se resserre un peu sous l'influence d'une lumière vive.

Il est des cas où la maladie n'est pas portée à son degré le plus élevé, et où quelques-uns des signes que nous venons d'indiquer manquent ou sont moins nettement accusés. De tous les signes, celui qui fait le moins défaut, c'est la chute de la paupière supérieure, tandis que le strabisme peut être à peine sensible. La dilatation de la pupille peut aussi manquer ou être peu marquée.

Quelle que soit la cause qui ait produit ou qui entretienne la paralysie de l'oculo-

moteur commun, on comprend que ces signes ne peuvent varier : il n'y a pas de variation possible quant au siége, quant à la distribution des rameaux nerveux; mais il peut y en avoir quant au nombre des organes affectés, quant à l'intensité de la paralysie, quant à la persistance de la maladie. S'il ne s'agit que d'une paralysie due à l'action du froid, l'intensité de la maladie et sa durée peuvent être médiocres; il n'en sera pas de même si la maladie résulte d'une lésion organique ayant son siége dans l'intérieur de la boîte crânienne. On voit, en pareil cas, des complications graves qui ne laissent point de doute sur la vraie nature du mal. La névralgie de la cinquième paire accompagne rarement la paralysie de la troisième; il est plus commun d'observer l'anesthésie des parties voisines.

Le mode d'apparition de cette maladie est variable : tantôt les progrès du mal ont lieu peu à peu, et l'accroissement se fait en un ou deux jours, ou même davantage. Dans d'autres cas, la maladie est subite, et le malade s'en aperçoit par hasard en se regardant dans une glace, ou en est averti par d'autres personnes; c'est de la même façon, on le sait, que se passent les choses dans la paralysie du nerf facial.

§ I. — Causes.

L'action du froid paraît devoir être considérée comme jouant un rôle assez considérable dans la production de cette maladie. Les coups, les chutes, toutes les violences portant sur la région orbito-oculaire, peuvent la produire. Une congestion cérébrale est souvent la cause de cette paralysie, soit que cette congestion ait les caractères d'une affection sérieuse et persistante du cerveau, comme est celle qui précède les hémorrhagies ou les ramollissements du cerveau, soit qu'elle ne soit que l'effet d'une grande tension d'esprit, d'une fatigue des organes des sens, surtout des yeux : c'est ainsi que la paralysie de la troisième paire survient assez fréquemment chez certaines ouvrières, brodeuses, bordeuses de souliers, corsetières, chez des employés, des écrivains, et dans les professions qui exigent un travail de tête assidu.

§ II. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic est facile; on ne peut confondre cette maladie ni avec la blépharoptose, ni avec le strabisme divergent tenant à une rétraction musculaire ou fibreuse, ni avec la paralysie de la face, dont les signes sont si différents, puisque, en pareil cas, l'œil n'est point dévié et les paupières sont écartées, et ne peuvent se fermer par suite de l'inertie de l'orbiculaire. Quant à la nature de la maladie et à sa cause, c'est par la marche et les complications qu'on en jugera. Il n'existe point de paralysie isolée de la troisième paire, par le fait d'une affection cérébrale ou méningée : ce symptôme, en pareil cas, est toujours accompagné d'autres symptômes de paralysie, d'hyperesthésie, de convulsions, de névralgies, etc., etc.

Pronostic.—Le pronostic est grave lorsque la maladie est symptomatique d'une affection des centres nerveux, et doit se régler sur le pronostic de cette affection elle-même. S'il y a eu coup, chute, lésion traumatique, il y a lieu de craindre la persistance de la paralysie de la troisième paire, et rien ne peut en faire déterminer la durée; lorsque, au contraire, c'est à une congestion passagère ou à l'action du froid, à une influence rhumatismale qu'elle est due, il y a lieu d'espérer que sa

durée sera peu considérable et ne dépassera pas plusieurs semaines; cependant, même en pareil cas, le pronostic doit être réservé, attendu que de nombreux exemples prouvent que la paralysie peut persister au moins partiellement, surtout à la paupière supérieure.

§ III. — Traitement.

Les émissions sanguines sont indiquées en pareil cas, surtout les émissions sanguines locales, au voisinage de l'œil; on usera aussi avantageusement de révulsifs cutanés, de vésicatoires appliqués autour de la région orbitaire. Enfin les purgatifs, surtout ceux qui ont une action sur la sécrétion des glandes, comme le calomel, seront employés avec succès.]

2° PARALYSIE DE LA SIXIÈME PAIRE.

La paralysie du nerf moteur oculaire externe a été quelquefois observée seule; j'en ai vu un cas très remarquable. Après une chute sur la face et le front, un gonflement considérable tint les yeux fermés pendant quelques jours, et, dès qu'ils purent s'ouvrir, on put voir les deux yeux entièrement tournés vers l'angle interne. Le globe oculaire pouvait se mouvoir de bas en haut et de haut en bas, mais tout mouvement en dehors était impossible. Après un traitement dirigé par M. Roux, à qui je présentai le sujet, un des deux yeux reprit tous ses mouvements; mais l'autre est resté exactement dans le même état, et l'accident est arrivé il y a plus de dix ans.

Quelquefois cette paralysie survient spontanément. M. Jobert (1) en cite un exemple remarquable. Des maux de tête de longue durée, la coarctation des paupières, le larmoiement et même la surdité, ce qui prouve que la maladie était compliquée, avaient précédé la paralysie du nerf moteur oculaire externe. Tout porte à croire que les causes de cette paralysie sont les mêmes que celles de la précédente. Dans le cas que j'ai cité, il y a eu sans doute ébranlement des racines du nerf, et peut-être déchirure d'un côté.

Comme pour la paralysie de la cinquième paire, on a préconisé contre celle qui nous occupe le même traitement que pour la *paralysie du nerf facial*.

3° PARALYSIE DE LA PAUPIÈRE.

Je n'ai sur ce point à indiquer que le fait suivant :

M. le docteur Saint-Martin (de Niort) (2) a guéri une paralysie de la paupière droite, paralysie rhumatismale, selon toute apparence, à l'aide des *inoculations de strychnine*, pratiquées de la manière suivante: On prend 2 centigrammes de strychnine, qu'on réduit en pâte molle, avec une très petite quantité d'eau, et l'on use cette pâte en l'introduisant sous l'épiderme avec une lancette ordinaire.

(1) *Loc. cit.*, p. 697.
(2) *Bulletin génér, de thérap.*, 1849.

. Bottu-Desmortiers (1), Bérard (2), Jobert (3), et Landouzy, qui nous a connaître quelques cas intéressants d'hémiplégie faciale déterminée chez les veau-nés par l'application du forceps.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Sous le nom de *paralysie de la face*, on décrit non-seulement celle qui est due une altération de la septième paire, mais encore celle de la cinquième. Le titre je j'ai donné à cet article prouve que je n'entends m'occuper ici que de la preière de ces affections, de celle qui consiste dans l'abolition du mouvement des uscles de la face.

Cette affection a été désignée par les noms de *oris distortio* (Forestus), de *parasie de la face*, d'*hémiplégie faciale*, de *paralysie partielle de la face*. Ces nominations pourraient induire en erreur et empêcher qu'on ne comprît bien actement de quelle maladie il s'agit. La paralysie de la face comprend, en effet, paralysie du sentiment due à une affection de la cinquième paire, et l'hémiplégie ciale se retrouve dans les affections cérébrales. Le nom de paralysie de la septième ire n'est sans doute pas exempt de reproches, puisque ce sont les muscles et non nerf qui sont paralysés; mais, comme cette dénomination fait connaître très airement quelle est l'affection dont il s'agit, c'est celle que je crois devoir adopter, l'exemple de la plupart des auteurs récents.

Sans être très fréquente, la paralysie de la septième paire est loin d'être une aladie rare. Il n'est guère de médecins qui n'aient eu plusieurs fois occasion de bserver.

§ II. — Causes.

Les causes de cette maladie ont été étudiées avec soin. MM. Monneret et Fleury sont particulièrement occupés de ce point d'étiologie, ce qui donne beaucoup intérêt à leur article.

1° Causes prédisposantes.

Age. — « Sur trente-deux individus dont l'âge a été noté, cinq, disent les auurs que je viens de citer (4), avaient de sept à vingt ans; dix-sept, de vingt à quante; dix, de quarante à soixante-quatre ans. » Un exemple de paralysie de la face été observé *chez un enfant de dix-sept mois*, à l'hôpital Necker, et dû à une rie du rocher gauche (5). Ce n'est pas ici le lieu de citer les faits rapportés par . Landouzy, puisque la paralysie était traumatique.

Sexe. — Les mêmes auteurs ajoutent : « Kluiskens avait remarqué que les mmes y étaient plus exposés que les femmes. Montault a, en effet, trouvé trenteis hommes sur quarante cas. »

(1) Thèse. Paris, 1834.
(2) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, t. II, et *Dictionnaire de médecine*, t. FACE (*paralysie*).
(3) *Études sur le système nerveux*. Paris, 1838.
(4) *Compendium de médecine*, t. III, p. 624.
(5) *Bulletin de thérap.*, janvier 1847.

3° Conditions organiques.

que je viens de dire relativement aux causes occasionnelles, les con-
ques dans lesquelles se trouve le nerf affecté sont faciles à déterminer.
it divisé, qu'il soit comprimé par une tumeur, qu'il ait été ramolli et
it par une inflammation, l'influx nerveux ne peut plus avoir lieu, et
sie. Quelquefois on a trouvé une tumeur encéphaloïde ou autre dans
pareil cas, il est plus que probable que les racines du nerf ont été
Landouzy pense que, dans les cas qu'il a observés, l'influx nerveux
une condensation de la partie du nerf comprimé; mais c'est ce qui
l'être vérifié.
maintenant d'indiquer en grand détail les causes particulières qui
f dans ces conditions. Tout ce qui peut porter atteinte à l'intégrité
xtension de l'inflammation dans l'otite aiguë, carie du rocher, etc.),
ut le détruire, le lacérer, le comprimer, aura pour résultat de pro-
sie dans le côté de la face où se rendent ses rameaux.
in assez bon nombre de cas dans lesquels il est impossible de savoir
pu suspendre l'influx nerveux : ce sont ceux qui reconnaissent pour
du froid, la suppression d'un flux, etc., ou qui ne peuvent être rap-
ne cause appréciable.

§ III. — Symptômes.

de la septième paire présentant quelques différences, suivant qu'on
nez l'adulte ou chez le nouveau-né, je vais la décrire telle qu'on l'ob-
premier, et ensuite je dirai ce qu'on remarque de particulier chez le

ie de la septième paire chez l'adulte. — *Début.* — Le début est
it les cas. Il est inutile de dire que lorsque la maladie reconnaît pour
on traumatique qui a détruit brusquement le nerf, la paralysie se
iédiatement; s'il s'agit d'une affection à marche lente, comme une
du nerf, la carie du rocher, la paralysie peut elle-même se produire
et ce n'est qu'après avoir éprouvé, pendant un temps variable, une
e dans les muscles de la face que le malade se sent complétement
ôté de cette partie du corps. Enfin, dans les cas où la maladie n'est
par une lésion matérielle évidente, lorsqu'elle se manifeste après
n froid, par exemple, le début varie dans les différents cas. Quelque-
rapide. On a vu des sujets se réveiller complétement paralysés d'un
sans avoir rien éprouvé avant leur sommeil. Dans les cas où la ma-
pour cause une impression morale, l'apparition de la maladie peut
n'est pas rare néanmoins de voir cette affection, lorsqu'elle est idio-
sentielle, pour me servir d'une expression consacrée, débuter par une
e dans les parties qui vont être paralysées, par un peu de céphalalgie,
général que les malades ne savent à quoi rapporter, puis la para-
e plus ou moins rapidement.
— La douleur n'est pas un symptôme qui appartienne à la maladie

confirmée. On a cité quelques cas dans lesquels, pendant les premiers temps, il y a eu des douleurs assez vives dans le nerf affecté; mais ces douleurs ont fini par disparaître, et ce n'est que dans les cas de complication qu'elles ont pu persister. N'oublions pas, en effet, que la *névralgie trifaciale* peut très bien compliquer la paralysie; mais ce sont là des cas exceptionnels.

La *sensibilité* n'a subi d'ailleurs aucune altération, du moins dans le plus grand nombre des cas; car on a cité, chez quelques sujets, une certaine obtusion de cette fonction, mais qui n'était jamais très considérable, et, sous ce rapport, je dois encore prémunir le médecin contre une erreur possible, celle d'attribuer au nerf facial le résultat de la paralysie du nerf trifacial dans les cas compliqués.

Mais c'est la perte du *mouvement* qui est le principal et presque l'unique symptôme. Bérard a donné une description très bien faite de l'état de la face qui en résulte, et, à l'exemple de plusieurs autres auteurs, je ne crois pas pouvoir mieux faire que de la suivre.

Les mouvements, très légers chez l'homme, du pavillon de l'*oreille*, sont anéantis; le côté du *front* affecté ne présente plus de rides transversales; le sourcil reste pendant et ne se rapproche plus de celui du côté opposé. Le muscle orbiculaire des paupières ne se contractant plus, l'*œil* reste ouvert et la paupière inférieure est un peu renversée en dehors. Cet organe paraît quelquefois saillant. « L'œil, dit Bérard, n'étant plus protégé par les paupières ni lubrifié par les larmes, s'irrite, se sèche; la conjonctive rougit, et quelquefois même la cornée devient opaque, ou bien la rotation de l'œil, opérée par les muscles obliques, garantit en partie cet organe. Enfin, faute de la participation du muscle orbiculaire au cours des larmes, celles-ci tombent sur les joues, dans l'hémiplégie faciale. L'*épiphora* tient encore à ce que les points lacrymaux, et notamment l'inférieur, cessent d'être convenablement dirigés pour absorber les larmes lorsque le muscle orbiculaire est paralysé. » Cette description exprimé parfaitement ce qui se passe dans certains cas; mais il ne faut pas croire qu'il en soit toujours ainsi. Pour ma part, j'ai vu plusieurs cas dans lesquels l'œil offrait à peine une légère injection, et dans un entre autres que j'ai observé à la Salpêtrière, quoique la maladie durât depuis près de vingt ans, l'œil ne présentait aucune lésion évidente.

« La *narine*, dit Bérard en continuant sa description, demeure immobile; elle ne se dilate plus pendant les mouvements respiratoires; elle s'affaisse même pendant l'inspiration, au point de rendre quelquefois celle-ci un peu difficile..... En même temps que la narine est plus étroite, on observe aussi que la peau ne se ride plus sur une moitié du *nez*, et que le bout de celui-ci est entraîné vers le côté sain.....

» Tout mouvement volontaire ou involontaire d'une moitié des *lèvres*, ajoute cet auteur, est impossible dans l'état de paralysie du nerf facial, quel que soit l'acte auquel les lèvres devraient prendre part en se contractant..... La salive et les aliments s'échappent de la bouche par le côté paralysé. La prononciation des voyelles, comme l'*o*, par exemple, qui exigent l'intervention des lèvres, est plus difficile. Les consonnes labiales, comme le *b* et le *p*, sont mal articulées; l'action de siffler est devenue impossible, les lèvres ne pouvant plus se resserrer que d'un côté. Enfin le malade a de la peine à lancer au dehors sa salive dans l'acte de la sputation.....

» La *joue* est flasque, par suite de la paralysie du buccinateur; elle s'enfle au moment de l'expiration, et surtout quand le malade veut prononcer un mot avec emphase. Le courant d'air détermine quelquefois dans la joue et les lèvres un phénomène analogue à celui qu'on observe chez les individus qui fument. Dans d'autres cas, on a vu la joue battre contre les dents..... » Il faut ajouter à cette partie de la description que si l'on recommande aux malades de souffler en retenant l'air dans leur bouche, de manière à gonfler les joues, ils ne peuvent y parvenir, l'air s'échappant entre les lèvres, qui ne peuvent être maintenues fermées du côté paralysé. C'est là, en effet, un bon signe pour le diagnostic.

« J'ai observé deux fois, dit Bérard, une *déviation de la langue* en même temps que l'hémiplégie faciale : cet organe était entraîné dans le même sens que les autres parties molles de la face. Cette déviation a été notée par d'autres observateurs : elle s'explique à merveille par le filet que le nerf facial donne au muscle stylo-glosse. » Si l'on se rappelle ce que j'ai dit à propos de la déviation de la langue, dans l'article *Hémorrhagie cérébrale* (1), on ne trouvera sans doute pas cette explication aussi facile que le pense Bérard, et l'on aura peine à comprendre que la déviation ait lieu du côté non paralysé. Ce point a encore besoin d'être éclairé par l'observation. « On dit aussi, ajoute cet auteur, avoir observé une *inclinaison latérale de la luette :* il ne serait pas aussi facile de s'en rendre compte. » Dans les cas observés par M. Landouzy, il a été constaté que la déviation de la luette n'existait pas.

Quand les muscles de la face sont à l'état de repos, on observe déjà un *défaut de symétrie remarquable.* « La commissure labiale du côté paralysé, dit Bérard, est plus basse, plus rapprochée de la ligne médiane que celle du côté sain; la bouche est oblique, et la partie moyenne ne correspond plus à l'axe du corps. »

« J'ai observé encore, ajoute Bérard (et cela est une conséquence de ce que je viens de dire), que les deux côtés de la face ne semblent plus placés sur le même plan. *La moitié paralysée est située un peu en avant* de la moitié saine; celle-ci est comme rabougrie, ridée, cachée derrière l'autre; elle paraît avoir moins d'étendue verticale que la moitié paralysée. Dans cette dernière, les traits sont comme étalés; l'œil est plus largement ouvert; il est plus volumineux que celui du côté opposé. » Il faut ajouter que les plis naturels de la face sont en grande partie effacés; que le trait naso-labial a presque complétement disparu; qu'en un mot tout le côté paralysé manque de l'expression que lui donne le jeu des muscles, et ressemble à la face d'un cadavre, ce qui contraste avec l'animation du côté sain.

Le contraste augmente beaucoup *quand le malade veut parler*, parce que les muscles du côté sain entrent en mouvement, tandis que ceux du côté opposé restent immobiles; et, par la même raison, ce contraste est porté au plus haut point *quand le sujet veut rire.* Dans l'action de rire, la contraction musculaire, tirant fortement en dehors et en haut les traits de la face, il en résulte que les deux côtés se trouvent dans des conditions entièrement opposées.

Cette disposition de la face est telle que l'on peut, au premier abord, ne pas reconnaître des personnes que l'on a fréquemment vues avant leur paralysie. Il y

(1) Voy. art. *Hémorrhagie cérébrale.*

On n'a pas poussé plus loin les recherches sur les causes prédisposantes de la maladie qui nous occupe, et les observations que nous possédons ne présentent pas de détails suffisants sur ce point. Je dirai seulement que, dans quelques cas, on a remarqué que les malades avaient éprouvé des *douleurs rhumatismales* de longue durée avant l'invasion de la paralysie; que d'autres avaient eu des symptômes de *syphilis*, et que, dans quelques cas, le traitement antivénérien avait paru réussir. En outre, je ferai remarquer que l'impression du froid étant une des principales causes occasionnelles que nous allons avoir à signaler, il est présumable que c'est dans *les saisons et les climats froids* que, toutes choses égales d'ailleurs, on doit rencontrer le plus grand nombre d'exemples de cette affection; mais ce sont là des données bien vagues et bien insuffisantes, sur lesquelles il ne convient pas de s'arrêter plus longtemps.

Dans ces derniers temps, j'ai vu plusieurs exemples de cette affection chez des sujets *anémiques*.

2° Causes occasionnelles.

Action du froid. — Je ne mentionnerai pas ici en particulier les divers faits rapportés par Frank, Montault, Bérard, etc., et dans lesquels l'action du froid a été frappante; je me contenterai de citer le résultat suivant obtenu par les auteurs du *Compendium*. Sur soixante-neuf cas, ils ont noté dix-neuf fois (plus du quart) l'impression du froid ou la suppression de la transpiration. L'action du froid dans les maladies est étudiée généralement d'une manière si peu précise, qu'on peut très bien penser que, dans quelques-uns de ces faits, l'existence de la cause n'a pas été très rigoureusement constatée; mais ce résultat numérique, rapproché des faits que j'ai mentionnés plus haut, et dans lesquels la maladie est survenue immédiatement après l'action du froid sur le côté malade, n'en a pas moins une très grande valeur.

Sur le même nombre de faits, les auteurs que je cite ont noté quatre fois une *impression morale*, une fois la *suppression des règles*, trois fois la *rétrocession des dartres*, une fois la *suppression d'un coryza périodique*.

Les autres causes sont traumatiques ou la conséquence d'une lésion voisine du nerf : ainsi, sur les soixante-neuf cas dont il s'agit, onze fois *le nerf avait été divisé* soit par une opération, soit par un accident; cinq fois il y avait eu un *abcès des parties avoisinant le nerf;* quatre fois une *contusion* du côté affecté; une fois un gonflement de la joue par suite d'une *stomatite mercurielle.* M. Landouzy a rapporté quatre cas observés chez les nouveau-nés, et dans lesquels la paralysie était due à la *contusion du nerf par le forceps.* M. Vernois (1) avait auparavant cité un cas semblable. La paralysie de la face à la suite de l'application du forceps, dans les accouchements difficiles, avait déjà été signalée par quelques auteurs allemands; mais tout porte à croire, ainsi que le fait remarquer M. Landouzy, que ces auteurs avaient méconnu la véritable cause de la maladie, et croyaient avoir affaire à une lésion cérébrale.

Dans douze cas la cause était *inconnue*.

(1) *Études physiologiques et cliniques pour servir à l'histoire des bruits des artères* Paris, 1837.

3° Conditions organiques.

D'après ce que je viens de dire relativement aux causes occasionnelles, les conditions organiques dans lesquelles se trouve le nerf affecté sont faciles à déterminer. Que le nerf soit divisé, qu'il soit comprimé par une tumeur, qu'il ait été ramolli et en partie détruit par une inflammation, l'influx nerveux ne peut plus avoir lieu, et de là la paralysie. Quelquefois on a trouvé une tumeur encéphaloïde ou autre dans le cerveau. En pareil cas, il est plus que probable que les racines du nerf ont été atteintes. M. Landouzy pense que, dans les cas qu'il a observés, l'influx nerveux était arrêté par une condensation de la partie du nerf comprimé; mais c'est ce qui aurait besoin d'être vérifié.

Il est inutile maintenant d'indiquer en grand détail les causes particulières qui mettent le nerf dans ces conditions. Tout ce qui peut porter atteinte à l'intégrité de son tissu (extension de l'inflammation dans l'otite aiguë, carie du rocher, etc.), tout ce qui peut le détruire, le lacérer, le comprimer, aura pour résultat de produire la paralysie dans le côté de la face où se rendent ses rameaux.

Mais il est un assez bon nombre de cas dans lesquels il est impossible de savoir quelle cause a pu suspendre l'influx nerveux : ce sont ceux qui reconnaissent pour cause l'action du froid, la suppression d'un flux, etc., ou qui ne peuvent être rapportés à aucune cause appréciable.

§ III. — Symptômes.

La paralysie de la septième paire présentant quelques différences, suivant qu'on la considère chez l'adulte ou chez le nouveau-né, je vais la décrire telle qu'on l'observe chez le premier, et ensuite je dirai ce qu'on remarque de particulier chez le nouveau-né.

1° *Paralysie de la septième paire chez l'adulte.* — *Début.* — Le début est variable, suivant les cas. Il est inutile de dire que lorsque la maladie reconnaît pour cause une lésion traumatique qui a détruit brusquement le nerf, la paralysie se manifeste immédiatement; s'il s'agit d'une affection à marche lente, comme une tumeur voisine du nerf, la carie du rocher, la paralysie peut elle-même se produire avec lenteur, et ce n'est qu'après avoir éprouvé, pendant un temps variable, une gêne croissante dans les muscles de la face que le malade se sent complétement paralysé d'un côté de cette partie du corps. Enfin, dans les cas où la maladie n'est pas produite par une lésion matérielle évidente, lorsqu'elle se manifeste après l'impression du froid, par exemple, le début varie dans les différents cas. Quelquefois il est très rapide. On a vu des sujets se réveiller complétement paralysés d'un côté de la face sans avoir rien éprouvé avant leur sommeil. Dans les cas où la maladie reconnaît pour cause une impression morale, l'apparition de la maladie peut être subite; il n'est pas rare néanmoins de voir cette affection, lorsqu'elle est idiopathique ou essentielle, pour me servir d'une expression consacrée, débuter par une douleur sourde dans les parties qui vont être paralysées, par un peu de céphalalgie, par un malaise général que les malades ne savent à quoi rapporter, puis la paralysie se produire plus ou moins rapidement.

Symptômes. — La douleur n'est pas un symptôme qui appartienne à la maladie

confirmée. On a cité quelques cas dans lesquels, pendant les premiers temps, il y a eu des douleurs assez vives dans le nerf affecté; mais ces douleurs ont fini par disparaître, et ce n'est que dans les cas de complication qu'elles ont pu persister. N'oublions pas, en effet, que la *névralgie trifaciale* peut très bien compliquer la paralysie; mais ce sont là des cas exceptionnels.

La *sensibilité* n'a subi d'ailleurs aucune altération, du moins dans le plus grand nombre des cas; car on a cité, chez quelques sujets, une certaine obtusion de cette fonction, mais qui n'était jamais très considérable, et, sous ce rapport, je dois encore prémunir le médecin contre une erreur possible, celle d'attribuer au nerf facial le résultat de la paralysie du nerf trifacial dans les cas compliqués.

Mais c'est la perte du *mouvement* qui est le principal et presque l'unique symptôme. Bérard a donné une description très bien faite de l'état de la face qui en résulte, et, à l'exemple de plusieurs autres auteurs, je ne crois pas pouvoir mieux faire que de la suivre.

Les mouvements, très légers chez l'homme, du pavillon de l'*oreille*, sont anéantis; le côté du *front* affecté ne présente plus de rides transversales; le sourcil reste pendant et ne se rapproche plus de celui du côté opposé. Le muscle orbiculaire des paupières ne se contractant plus, l'*œil* reste ouvert et la paupière inférieure est un peu renversée en dehors. Cet organe paraît quelquefois saillant. « L'œil, dit Bérard, n'étant plus protégé par les paupières ni lubrifié par les larmes, s'irrite, se sèche; la conjonctive rougit, et quelquefois même la cornée devient opaque, ou bien la rotation de l'œil, opérée par les muscles obliques, garantit en partie cet organe. Enfin, faute de la participation du muscle orbiculaire au cours des larmes, celles-ci tombent sur les joues, dans l'hémiplégie faciale. L'*épiphora* tient encore à ce que les points lacrymaux, et notamment l'inférieur, cessent d'être convenablement dirigés pour absorber les larmes lorsque le muscle orbiculaire est paralysé. » Cette description exprime parfaitement ce qui se passe dans certains cas; mais il ne faut pas croire qu'il en soit toujours ainsi. Pour ma part, j'ai vu plusieurs cas dans lesquels l'œil offrait à peine une légère injection, et dans un entre autres que j'ai observé à la Salpêtrière, quoique la maladie durât depuis près de vingt ans, l'œil ne présentait aucune lésion évidente.

« La *narine*, dit Bérard en continuant sa description, demeure immobile; elle ne se dilate plus pendant les mouvements respiratoires; elle s'affaisse même pendant l'inspiration, au point de rendre quelquefois celle-ci un peu difficile..... En même temps que la narine est plus étroite, on observe aussi que la peau ne se ride plus sur une moitié du *nez*, et que le bout de celui-ci est entraîné vers le côté sain.....

» Tout mouvement volontaire ou involontaire d'une moitié des *lèvres*, ajoute cet auteur, est impossible dans l'état de paralysie du nerf facial, quel que soit l'acte auquel les lèvres devraient prendre part en se contractant..... La salive et les aliments s'échappent de la bouche par le côté paralysé. La prononciation des voyelles, comme l'*o*, par exemple, qui exigent l'intervention des lèvres, est plus difficile. Les consonnes labiales, comme le *b* et le *p*, sont mal articulées; l'action de siffler est devenue impossible, les lèvres ne pouvant plus se resserrer que d'un côté. Enfin le malade a de la peine à lancer au dehors sa salive dans l'acte de la sputation.....

» La *joue* est flasque, par suite de la paralysie du buccinateur; elle s'enfle au moment de l'expiration, et surtout quand le malade veut prononcer un mot avec emphase. Le courant d'air détermine quelquefois dans la joue et les lèvres un phénomène analogue à celui qu'on observe chez les individus qui fument. Dans d'autres cas, on a vu la joue battre contre les dents..... » Il faut ajouter à cette partie de la description que si l'on recommande aux malades de souffler en retenant l'air dans leur bouche, de manière à gonfler les joues, ils ne peuvent y parvenir, l'air s'échappant entre les lèvres, qui ne peuvent être maintenues fermées du côté paralysé. C'est là, en effet, un bon signe pour le diagnostic.

« J'ai observé deux fois, dit Bérard, une *déviation de la langue* en même temps que l'hémiplégie faciale : cet organe était entraîné dans le même sens que les autres parties molles de la face. Cette déviation a été notée par d'autres observateurs : elle s'explique à merveille par le filet que le nerf facial donne au muscle stylo-glosse. » Si l'on se rappelle ce que j'ai dit à propos de la déviation de la langue, dans l'article *Hémorrhagie cérébrale* (1), on ne trouvera sans doute pas cette explication aussi facile que le pense Bérard, et l'on aura peine à comprendre que la déviation ait lieu du côté non paralysé. Ce point a encore besoin d'être éclairé par l'observation. « On dit aussi, ajoute cet auteur, avoir observé une *inclinaison latérale de la luette :* il ne serait pas aussi facile de s'en rendre compte. » Dans les cas observés par M. Landouzy, il a été constaté que la déviation de la luette n'existait pas.

Quand les muscles de la face sont à l'état de repos, on observe déjà un *défaut de symétrie remarquable.* « La commissure labiale du côté paralysé, dit Bérard, est plus basse, plus rapprochée de la ligne médiane que celle du côté sain; la bouche est oblique, et la partie moyenne ne correspond plus à l'axe du corps. »

« J'ai observé encore, ajoute Bérard (et cela est une conséquence de ce que je viens de dire), que les deux côtés de la face ne semblent plus placés sur le même plan. *La moitié paralysée est située un peu en avant* de la moitié saine; celle-ci est comme rabougrie, ridée, cachée derrière l'autre; elle paraît avoir moins d'étendue verticale que la moitié paralysée. Dans cette dernière, les traits sont comme étalés; l'œil est plus largement ouvert; il est plus volumineux que celui du côté opposé. » Il faut ajouter que les plis naturels de la face sont en grande partie effacés; que le trait naso-labial a presque complétement disparu; qu'en un mot tout le côté paralysé manque de l'expression que lui donne le jeu des muscles, et ressemble à la face d'un cadavre, ce qui contraste avec l'animation du côté sain.

Le contraste augmente beaucoup *quand le malade veut parler*, parce que les muscles du côté sain entrent en mouvement, tandis que ceux du côté opposé restent immobiles; et, par la même raison, ce contraste est porté au plus haut point *quand le sujet veut rire.* Dans l'action de rire, la contraction musculaire, tirant fortement en dehors et en haut les traits de la face, il en résulte que les deux côtés se trouvent dans des conditions entièrement opposées.

Cette disposition de la face est telle que l'on peut, au premier abord, ne pas reconnaître des personnes que l'on a fréquemment vues avant leur paralysie. Il y

(1) Voy. art. *Hémorrhagie cérébrale.*

a aussi un air d'étonnement plus ou moins marqué qui contribue à altérer la physionomie du malade.

« Chez quelques sujets, dit Bérard, *l'ouïe a été plus obtuse*. Il n'y a pas d'explication satisfaisante de ce symptôme, bien que le nerf facial ait les connexions que tout le monde sait avec l'organe et les nerfs auditifs. » Sans doute on n'expliquerait pas ce symptôme par la suspension de l'action de la portion dure de la septième paire; mais nous avons vu que la lésion du nerf peut être consécutive à une fluxion de la joue, et sans doute aussi à une irritation de l'oreille interne; en pareil cas, on comprend très bien comment la cause qui a paralysé le nerf peut avoir agi en même temps sur l'organe de l'ouïe. Mais n'oublions pas que ce n'est là qu'une explication, et engageons les observateurs à porter leur attention sur ce point.

Des faits récents sont venus prouver combien j'avais raison, dans la première édition de cet ouvrage, de faire la recommandation précédente. Plusieurs observations, publiées par M. Landouzy (1), démontrent que *l'ouïe, loin d'être obtuse, peut au contraire* être exaltée dans l'hémiplégie faciale. Reste à savoir maintenant si cette exaltation est la règle, ce qui néanmoins paraît probable, si l'on considère la constance du phénomène dans les cas observés par M. Landouzy depuis que son attention s'est fixée sur ce sujet.

« Deux ou trois fois, dit encore Bérard, le sens du *goût* s'est montré plus ou moins perverti dans le côté de la langue correspondant à la moitié paralysée de la face; la jonction de la corde du tympan avec le nerf lingual est sans doute la cause de ce phénomène, que du reste nous n'expliquons pas mieux que le précédent. »

M. le docteur Duchenne (de Boulogne) (2) a, par des expériences précises, démontré que cette perversion ou altération du sens du goût est un phénomène beaucoup plus fréquent qu'on ne le pensait, si même il n'est constant, ce qui vient à l'appui de l'opinion de Bellingeri, qui regardait la corde du tympan comme exerçant une influence spéciale sur la gustation.

Il est très rare qu'on observe un *mouvement fébrile* prononcé dans l'hémiplégie faciale. Nous avons vu plus haut qu'au début il peut y avoir un certain malaise général, avec perte de l'appétit et douleur dans la joue et la région parotidienne; mais au bout de peu de jours, la face restant paralysée, ces symptômes se dissipent, et l'on n'observe plus ni trouble de la circulation ni dérangement d'aucune autre fonction.

Telle est la description de l'hémiplégie faciale chez l'adulte; je l'ai, comme je le disais plus haut, empruntée presque tout entière à Bérard. Trouvant, en effet, le tableau de la maladie très bien exposé dans l'article de cet auteur, j'ai cru qu'il serait parfaitement inutile de le présenter d'une autre manière. C'est ainsi que j'ai agi jusqu'à présent, et je pense que c'est ainsi qu'il faut faire; car lorsqu'on a vérifié l'exactitude d'une description, à quoi bon en donner une autre? Voyons maintenant quelles sont les particularités trouvées par M. Landouzy dans l'hémiplégie faciale des nouveau-nés.

2° *Paralysie de la septième paire chez les enfants nouveau-nés.* — Ainsi que

(1) *De l'exaltation de l'ouïe dans la paralysie du nerf facial* (*Union médicale*, 21 décembre 1851.

(2) *Recherches électro-physiol. et pathol. sur les propriétés et les usages de la corde du tympan* (*Arch. gén. de méd.*, décembre 1850).

je l'ai déjà dit, la *seule cause* de cette affection, observée jusqu'à présent chez les enfants naissants, est la *compression du nerf par le forceps* dans les accouchements difficiles. Ce qui rend possible, chez le nouveau-né, la compression du nerf à sa sortie du trou stylo-mastoïdien, c'est l'absence presque complète de l'apophyse mastoïde et le peu de développement du conduit auditif.

Les causes signalées dans la description de la maladie chez l'adulte peuvent-elles occasionnner la même affection chez le nouveau-né? La chose ne paraît assurément pas impossible; mais nous ne connaissons aucun fait où l'on puisse rapporter la maladie à une autre cause que celle qui vient d'être indiquée.

C'est aussitôt après la naissance, et aux premiers cris de l'enfant, que paraissent les symptômes de la maladie en pareil cas. Lorsque le petit malade ne crie pas, si l'œil du côté sain est ouvert, il n'y a dans le défaut de symétrie de la face que des nuances fort légères et presque impossibles à saisir; mais dès que l'enfant pousse des cris, le défaut de symétrie devient on ne peut plus sensible. Il est surtout un moment qui précède les pleurs où les symptômes sont de la plus grande évidence : les traits du côté sain sont par instants fortement tiraillés et prennent cette expression particulière que présente la face des enfants quand ils pleurent, tandis que le côté malade reste immobile; puis la face rentre dans le repos, et il y a ainsi des alternatives plus ou moins nombreuses jusqu'à ce que le cri se fasse entendre.

M. Landouzy a constaté que, malgré la non-occlusion des paupières, il n'existe ni inflammation de l'œil ni épiphora. On trouve des traces de contusion sur le point où a porté la cuiller du forceps.

[Lorsque nous étudierons l'hémorrhagie cérébrale, nous aurons occasion de parler d'une forme intéressante de paralysie de la septième paire, que M. Gubler a désignée sous le nom d'*hémiplégie alterne* (1).

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, cette affection survient d'une manière rapide, ou même brusquement dans le plus grand nombre des cas; puis, la paralysie étant complète, le mal reste stationnaire pendant un temps plus ou moins long, et ensuite décroît avec lenteur.

La *durée* ordinaire de la maladie, lorsqu'elle est idiopathique ou essentielle, est de deux à trois septénaires; il est bien rare que la guérison ait lieu avant cette époque; mais il l'est beaucoup moins que la maladie persiste un, deux et même six mois. Dans quelques cas, cette durée peut se prolonger beaucoup plus. On connaît le cas cité par M. Montault, et dans lequel il y avait encore de la déviation de la bouche au bout de dix-huit mois. J'en ai vu un beaucoup plus remarquable, puisque la maladie remontait à près de vingt ans et que la paralysie restait complète, quoique l'examen le plus attentif ne pût faire découvrir aucune lésion organique dans le trajet du nerf. Le sujet de cette observation était une vieille femme qui depuis très longtemps avait renoncé à toute espèce de traitement. Il n'y avait pas chez cette malade l'atrophie des parties molles de la face que Ch. Bell a notée dans un cas de longue durée.

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1858.

Chez les enfants nouveau-nés observés par M. Landouzy, la durée a été de quelques heures à deux mois.

On n'a cité aucun exemple de terminaison par la mort dans les cas non compliqués. On vient de voir que la paralysie pouvait persister et durer probablement pendant toute la vie, même dans les cas simples. Dans ceux où la paralysie résulte de la destruction du nerf dans une certaine étendue, cette persistance de la paralysie est une conséquence naturelle de la lésion organique. Après la simple section du nerf, le mouvement des muscles peut se rétablir.

§ V. — Lésions anatomiques.

Ce que j'ai dit dans le passage consacré aux *conditions organiques* est suffisant au point de vue où nous devons envisager la question. Je me contenterai par conséquent de rappeler que tantôt le nerf est ramolli, contus, comprimé, détruit, et que tantôt il se montre à nos moyens d'investigation dans une intégrité complète.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Je ne crois pas qu'il soit utile aujourd'hui d'insister beaucoup sur le diagnostic de la paralysie du nerf facial. Des erreurs ont pu être commises lorsqu'on n'était pas suffisamment fixé sur la nature des phénomènes de la maladie ; mais, dans l'état actuel de la science, elles seraient si impardonnables que l'on ne doit pas les supposer possibles.

Il est bien plus important de rechercher si la maladie est idiopathique ou symptomatique. Si elle est survenue dans le cours d'une bonne santé, sans aucun accident local, sans développement d'aucune tumeur et sans aucun signe de carie des os, on peut admettre qu'elle est idiopathique. Dans le cas contraire, la connaissance des circonstances que je viens d'énumérer sert à fixer le diagnostic. Mais on peut se demander encore si c'est le cerveau lui-même qui est affecté, ou si le siége de la maladie est dans le nerf. Nous avons vu que, dans quelques cas rares, on a trouvé dans le cerveau une tumeur peu volumineuse qui avait produit la paralysie. En pareil cas, il est bien difficile de dire, pendant la vie, si l'affection est ou n'est pas idiopathique ; mais, je le répète, ces cas sont très rares, et l'on conçoit difficilement qu'une tumeur du cerveau puisse déterminer la paralysie faciale sans produire aucun autre phénomène.

Enfin quelques médecins prétendent que, dans tous les cas de paralysie de la face, il y a une petite hémorrhagie cérébrale. Cette manière de voir est peu soutenable. Si l'on étudie attentivement les cas d'hémorrhagie cérébrale, même très légers, on voit que les symptômes ne sont pas bornés à une simple paralysie ; il y a toujours soit un léger étourdissement, soit un peu de stupeur, et ordinairement quelques légères atteintes du côté de l'intelligence, très passagères, il est vrai, mais réelles. D'un autre côté, l'impression du froid est la principale cause de la paralysie faciale idiopathique, ce qui s'accorde peu avec l'existence d'une hémorrhagie cérébrale.

Chez les enfants nouveau-nés, les traces laissées par le forceps font connaître la cause de la maladie.

Il est un autre diagnostic important que les expériences de M. Duchenne (1) ont beaucoup éclairé dans ces derniers temps : on peut se demander, en effet, si la paralysie est ou n'est pas due à une *lésion des troncs nerveux* eux-mêmes. Or l'emploi de l'électricité est d'un très grand secours à cet égard. Les troncs nerveux sont-ils intacts, les muscles reçoivent l'excitation électrique et se contractent. Sont-ils lésés profondément, la contraction n'a pas lieu. C'est du reste ce qu'on observe dans les autres paralysies, comme dans celle qui nous occupe, soit qu'il y ait lésion d'un tronc nerveux, soit que la lésion existe dans la moelle elle-même.

Pronostic. — Le pronostic de cette affection est très peu grave lorsqu'elle est idiopathique ; cependant nous l'avons vue se prolonger outre mesure dans quelques cas ; mais ce sont des cas exceptionnels. Dans ceux où il s'agit d'une lésion organique, outre le danger propre à cette lésion, il est fort à craindre que la paralysie soit absolument incurable.

Suivant Rhazès (2), si la maladie ne guérit pas au bout d'un mois, on doit pronostiquer qu'elle est incurable. Cette proposition est beaucoup trop absolue. J'ai vu, il y a deux ans, un malade qui n'a guéri qu'au bout de trois mois. Ce qu'il faut dire, c'est que si, au bout de quelques semaines, *on n'aperçoit aucune amélioration*, on doit *craindre* que l'affection ne soit au-dessus des ressources de l'art.

§ VII. — Traitement.

Cette affection n'ayant le plus souvent aucune gravité réelle, son traitement n'a pas été étudié avec un très grand soin ; mais il est une méthode de traitement qui est adoptée par tout le monde.

On a d'abord généralement conseillé les *émissions sanguines ;* elles sont principalement mises en usage lorsque la douleur, un certain degré de tuméfaction de la région parotidienne, annoncent une légère irritation des parties. On entretient en même temps une *douce chaleur*, à l'aide d'étoffes de laine, sur la partie de la face occupée par la paralysie, et principalement au point de sortie du nerf. En même temps on donne quelques *purgatifs* pour opérer une dérivation sur le canal intestinal. Quel que soit le mode d'action de ces moyens thérapeutiques si simples, on les voit réussir dans plusieurs cas, et, dans un grand nombre d'autres, procurer une amélioration évidente ; mais il est fréquent de voir cette amélioration, qui se traduit par la facilité de fermer un peu l'œil malade, par une légère traction de la commissure, par quelques plis à la joue, s'arrêter bientôt. Alors on a recours aux autres moyens qui vont être énumérés.

Les principaux de ces moyens sont choisis parmi les excitants et les irritants de la peau ; ce sont des *frictions* avec une flanelle chaude et sèche, ou bien avec divers *liniments* irritants : ainsi l'*alcool camphré* chaud, un *liniment ammoniacal* ou *camphré*, l'*essence de térébenthine*. On a encore proposé la *pommade d'Autenrieth ;* mais on sait que ce moyen douloureux produit une éruption qui laisse, si elle est poussée un peu loin, des cicatrices souvent étendues. Ces inconvénients sont tels, surtout sur cette partie, qu'on ne doit pas recourir légèrement et trop promptement à ce remède.

(1) *Bulletin génér. de thérap.*, 15 septembre 1852.
(2) *De tortura faciei.*

Un moyen plus généralement employé, et dont l'efficacité, dans un bon nombre de cas, est incontestable, consiste dans l'application de *vésicatoires volants* plus ou moins multipliés. On doit commencer par les appliquer sur le point d'émergence du nerf, puis sur la tempe et sur les points les plus voisins de celui que je viens d'indiquer. Il ne faut pas trop tôt renoncer à leur emploi ; car ce n'est quelquefois qu'après en avoir appliqué plusieurs que l'amélioration a été évidente.

On a proposé encore le *séton* et les *cautères*, toujours sur le point d'émergence du nerf. Dans quelques cas, ces moyens ont agi avec avantage ; mais il est évident qu'on ne doit y recourir qu'après avoir inutilement employé d'autres moyens plus doux, et en particulier les vésicatoires volants. Si la maladie se compliquait de douleurs persistantes, ce qui est très rare, on peut se servir des surfaces dénudées pour faire absorber de 1 à 2 ou 3 centigrammes de *morphine*.

M. Pigeaux a cité un cas dans lequel l'emploi de plusieurs *moxas* a procuré une guérison presque complète ; mais, ainsi qu'on l'a fait remarquer, les cicatrices profondes produites par leur application sont un grave inconvénient qui doit faire rejeter l'emploi de ce moyen, du moins avant d'avoir mis en usage les autres remèdes connus.

M. Jobert (1) a proposé la *cautérisation transcurrente*. Ce moyen a parfaitement réussi entre ses mains. On se rappelle ce que nous en avons dit à propos des névralgies ; les mêmes réflexions s'appliquent à son emploi dans la paralysie du nerf facial. Il est incontestable qu'il a une grande efficacité, mais il effraye les malades ; aussi n'y aura-t-on recours que dans les cas où la paralysie résistera beaucoup. Ces cas, du reste, sont plus fréquents que dans la névralgie.

On a naturellement proposé l'emploi de la *strychnine* dans cette paralysie ; et comme le mal paraît purement local, c'est par la méthode endermique qu'on a administré cette substance. Sur la surface dénudée par le vésicatoire, on applique d'*un à trois ou quatre centigrammes de strychnine*, en augmentant la dose avec précaution. C'est au médecin à juger, d'après les effets, de la nécessité de cette augmentation, et à voir si la dose que je viens d'indiquer doit être dépassée.

L'*électricité* est encore un des moyens les plus fréquemment employés. Je ne reviendrai pas ici sur le mode d'application que j'ai plusieurs fois indiqué. L'appareil des frères Breton est très convenable pour cela ; mais les procédés de M. Duchenne (de Boulogne) sont bien supérieurs à tous les autres. Suivant M. Castara (2), il convient de placer à la surface interne des joues le pôle positif de la pile, le pôle négatif étant placé sur la sortie du nerf. Des expériences comparatives seraient nécessaires pour nous fixer définitivement sur la valeur de ce mode d'application. Il résulte des recherches de M. Montault qu'il ne faut pas trop attendre pour recourir à ce moyen, car ses effets sont d'autant plus marqués, que la maladie est plus récente.

Un fait singulier, signalé par MM. Pichonnière et Bottu-Desmortiers, est l'action spéciale de l'acide avec lequel on charge la pile. Suivant eux, l'acide nitrique exciterait la motilité, et par conséquent c'est à ce dernier qu'il faudrait avoir recours dans le cas dont il s'agit ici. De nouvelles expériences sont nécessaires pour nous

(1) *Études sur le système nerveux*. Paris, 1833.
(2) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1835.

e apprécier ces assertions à leur juste valeur. L'*électropuncture* rend plus rgique l'action du fluide électrique.

On a cité à l'appui de chacun des moyens qui viennent d'être passés en revue un tain nombre de cas de guérison dans lesquels leur action favorable a paru évi- ıte. Mais il reste un travail intéressant à faire. Il serait très utile qu'on recher- ıt quels sont, parmi ces moyens, ceux qui ont l'efficacité la plus grande, et aussi 'on examinât s'il en est qui conviennent plus que les autres à certains cas parti- iers. Il est impossible de trouver dans les observations connues des éléments fisants pour résoudre ce problème thérapeutique, qui se représente dans le trai- nent de presque toutes les maladies, et qu'on a si rarement étudié. Du reste, ıs l'exposé que je viens de présenter, j'ai tâché de suivre la gradation du traite- ·nt, en passant des moyens les plus doux aux plus énergiques.

J'ajoute qu'on doit *rechercher avec soin si le malade n'est pas anémique.* J'ai , en effet, des cas où les moyens les plus énergiques et l'électricité en particulier étaient sans effet, tant qu'on n'avait pas prescrit les *ferrugineux.* Donnait-on le ·, il survenait d'abord une amélioration évidente, puis les moyens dont je viens parler agissaient avec rapidité.

On a été jusqu'à pratiquer la *section des muscles* (1) *du côté opposé à la para- sie ;* mais personne ne sera tenté d'imiter une semblable pratique.

Traitement de la paralysie du nerf facial chez les enfants nouveau-nés.—Dans cas observés jusqu'à ce jour, la paralysie faciale des nouveau-nés n'a exigé cun moyen de traitement, elle s'est dissipée d'elle-même au bout d'un temps ·iable indiqué plus haut. M. Landouzy conseille de soustraire l'œil à une lumière p vive, de favoriser la succion, qui doit être plus ou moins difficile, en pré- ıtant à l'enfant le sein d'une nourrice dont le mamelon sera bien formé, et in d'éviter de provoquer les pleurs du petit malade. Je crois que cette dernière ·caution est le résultat d'une crainte exagérée; quant aux autres, leur utilité est ontestable.

Il est clair que si la paralysie faciale, chez les nouveau-nés, n'était pas due à la npression exercée par le forceps, mais à la même cause qui produit l'hémiplégie iale idiopathique chez les adultes, on devrait avoir recours à quelques-uns des yens indiqués plus haut, en les proportionnant à l'âge de l'enfant : ainsi aux ·tions irritantes et aux petits vésicatoires volants; mais ce n'est là qu'une simple vision, les exemples d'une paralysie semblable chez les enfants naissants nous nquant tout à fait, comme je l'ai déjà dit.

Restent les cas où la paralysie du nerf facial est due à une lésion organique. Il évident qu'on doit alors traiter principalement la maladie qui a entraîné avec la lésion profonde du nerf. Ces cas sont presque toujours au-dessus des res- rces de l'art.

Enfin il faut, en terminant, rappeler les faits dans lesquels la maladie a cédé à *traitement antivénérien.* Ils prouvent que l'on ne doit jamais négliger de con- er sur ce point les antécédents du malade. Quant à la manière de diriger ce tement, elle est trop connue; il serait superflu de l'indiquer ici. Y avait-il, dans cas dont je parle, quelque lésion des os, une exostose voisine du nerf dont elle ıait les fonctions? C'est ce dont on n'a pas pu s'assurer.

(1) Voy. *Hannover Annalen*, t. I, 1841.

ARTICLE III.

PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE.

[Cette maladie a d'abord été décrite sous le nom de *paralysie générale des aliénés*, par MM. Delaye (1), Bayle (2) et Calmeil (3) ; et étudiée avec le plus grand soin par plusieurs autres auteurs, MM. Esquirol, Foville, Baillarger, etc. : ce n'était pour les premiers observateurs qu'une forme de l'aliénation ; pour M. Esquirol c'en était une complication, et pour M. Baillarger la paralysie précédait toujours et primait la folie. En 1846, M. Requin proposa le nom de *paralysie générale progressive*, qui ne préjuge rien quant à la folie. Il existe une autre opinion émise par M. Sandras et soutenue par MM. Brierre de Boismont et Duchenne (de Boulogne), d'après laquelle il existerait deux espèces de paralysies générales, la paralysie générale avec aliénation et la paralysie générale sans aliénation.

Avant de discuter pour savoir s'il existe ou non plusieurs espèces de paralysie générale, si notamment cette maladie peut persister et s'accroître sans aliénation mentale, ou si l'aliénation mentale en est le complément nécessaire, il convient de distinguer aussi nettement que possible la maladie connue sous le nom de *paralysie générale progressive*, et de dire en quoi elle diffère des autres espèces si nombreuses de paralysies.

§ I. — Définition.

Les premiers auteurs qui ont décrit cette maladie en ont reconnu les signes caractéristiques. Ces caractères, qui justifient la place spéciale assignée à la maladie dans le cadre nosologique, sont au nombre de quatre : la paralysie est *générale*, *incomplète*, *progressive*, accompagnée dès le début d'*embarras de la parole*. Nous empruntons les développements qui suivent à l'excellente thèse de M. Jules Falret (4).

1° La paralysie est *générale*, c'est-à-dire qu'elle atteint primitivement toutes les parties du corps, d'une manière d'abord à peine sensible, sans qu'on puisse préciser exactement les points par lesquels elle débute, autres que ceux où la délicatesse des actes à exécuter trahit plus facilement, aux yeux de l'observateur, la légère irrégularité qui existe dans la coordination des mouvements.

2° Elle est *incomplète*, caractère très important, qui s'observe à toutes les périodes de la maladie et persiste jusqu'à la fin. Le propre de cette forme spéciale de paralysie, en effet, est de débuter d'une manière si légère, que l'on peut même contester avec raison que ce soit, à cette époque, une véritable paralysie. On peut la considérer avec plus de justesse, pendant très longtemps, comme une simple irrégularité dans les mouvements ; elle est alors conciliable avec la conservation d'une vigueur musculaire assez prononcée, et n'aboutit que lentement à une débilité réelle. A la fin même de la maladie, les malades, contraints de rester couchés, peuvent néanmoins toujours remuer les bras et les jambes dans leur lit, et l'existence

(1) *De la paralysie générale incomplète*. Thèse, Paris, 1822.

(2) *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*. Paris, 1826.

(3) *De la paralysie chez les aliénés*. Paris, 1826. — *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*. Paris, 1859.

(4) *Recherches sur la folie paralytique et les diverses paralysies générales*. Thèse, Paris, 1853.

d'une paralysie complète chez ces malades, même à cette période, indique à coup sûr une complication intercurrente.

3° Elle est *progressive*, mot dont on a singulièrement abusé, et qu'on a interprété dans des sens très divers et tout à fait contraires à l'idée de ceux qui l'ont employé les premiers. Il faut, en effet, entendre par ce mot que cette paralysie, qui se manifeste d'abord d'une manière presque insensible dans toutes les parties du corps à la fois, augmente progressivement d'intensité dans les points primitivement affectés, quoiqu'elle n'arrive jamais à être complète dans aucun ; ce mot ne signifie nullement que la paralysie soit progressive ou s'étende d'une partie attaquée à une autre qui ne le serait pas encore.

4° Enfin, *elle est dès le début accompagnée d'embarras de la parole.* Ce symptôme, d'abord à peine appréciable, va ensuite graduellement en augmentant d'intensité, participe en un mot des caractères de la paralysie, est une des premières manifestations de la maladie, et persiste, à des degrés divers, pendant toute sa durée, excepté dans quelques cas exceptionnels, où il peut disparaître momentanément pendant quelque temps.

Cet exposé, que nous empruntons à M. Falret, a l'avantage de montrer comment la paralysie générale progressive se différencie de toutes les affections voisines, et mérite d'être décrite à part. Il faut ajouter que le type le mieux décrit, le plus connu, le seul admis par certains auteurs, est la paralysie générale avec aliénation mentale ou *folie paralytique*. Nous décrirons cette forme, nous réservant d'indiquer au chapitre du diagnostic différentiel les autres paralysies générales.

§ II. — Symptômes, marche.

Début. — La paralysie générale progressive commence toujours par des manifestations morbides du côté du mouvement, de la sensibilité et de l'intelligence. La paralysie précède-t-elle le délire ou en est-elle précédée ? C'est une question qui a été diversement jugée. Pour M. Falret (1), les symptômes de délire et de paralysie caractérisent, au même titre l'un que l'autre, la paralysie générale progressive des aliénés, et apparaissent en général tous les deux, dès le début, à des degrés très divers, et il n'y a guère de délire sans embarras de la parole, de commencement de paralysie des membres sans altération de l'intelligence et diminution de la mémoire. M. Falret admet quatre variétés pour la marche de la maladie au début.

1° *Variété congestive.* — Chez quelques malades, il y a au début une ou plusieurs congestions avec étourdissements, céphalalgie, quelquefois perte de connaissance et même une attaque épileptiforme. Il ne faudrait pas croire néanmoins que cette forme fût fréquente, ni même qu'elle existât rigoureusement ; on apprend, en effet, dans la plupart des cas, que ces manifestations ont été précédées depuis quelque temps de symptômes légers, vagues, de paralysie, et de diminution de l'intelligence.

2° *Variété paralytique.* — Les malades commencent par avoir de l'hésitation dans certains mouvements, une sorte d'absence de coordination, un affaiblissement

(1) *Loc. cit.*

portant soit sur un ou plusieurs membres, soit sur la langue. Ces premiers désordres, qui ne s'accompagnent d'aucun symptôme grave, peuvent passer presque inaperçus pendant un temps assez long. Souvent la maladie débute par une impuissance plus ou moins prononcée et bientôt complète des organes génitaux. Il existe quelquefois au début une inégalité des pupilles, fait signalé par M. Baillarger; en même temps l'intelligence s'altère, le caractère se modifie, et les actions déraisonnables viennent attirer l'attention sur le véritable caractère de la maladie. Les malades peuvent rester longtemps dans cet état avant d'arriver au délire absolu.

M. Jules Falret admet en outre deux variétés : la *variété mélancolique* et la *variété expansive*. Ces deux variétés ont ceci de remarquable que les troubles intellectuels et moraux se montrent peu à peu, et que les actions des malades, absurdes ou criminelles, ne sont point interprétées comme elles devraient l'être tout d'abord. Ce n'est que plus tard, et quelquefois brusquement, qu'a lieu l'explosion du délire avec paralysie. Le délire, soit au début, soit pendant le cours de la maladie, se montre sous trois formes principales : délire partiel, délire maniaque, démence. La démence est le dernier terme et la plus haute expression de la maladie. Du reste, rien n'est plus variable que la marche, la succession des symptômes, la rapidité de la maladie, et l'on peut dire que ses deux principaux caractères sont variabilité et progression constantes. Le délire est quelquefois violent, et l'agitation extrême au début. Les malades se promènent, s'agitent, gesticulent et sont comme tourmentés par une foule confuse d'idées qui ont à peine le temps d'éclore, et dont aucune ne les arrête. Le délire ambitieux est une forme très fréquemment observée. A cette période succèdent en général la dépression et l'indifférence, avec des paroxysmes de délire maniaque. La rémittence existe pour un grand nombre de malades, et il existe des moments où les symptômes s'amendent considérablement. Les symptômes de paralysie du début se montrent du côté de la sensibilité du sens génital, de la parole et du mouvement; ils sont en général faciles à percevoir. L'embarras de la parole est ce qui frappe le plus. Ce qu'on remarque ensuite le mieux, c'est l'incertitude des mouvements, l'apparence ébrieuse, la titubation.

La seconde période est marquée par la confirmation et l'aggravation des symptômes précédents. « C'est alors, dit M. Falret, que l'on commence à constater les véritables symptômes prononcés de la paralysie, qui cependant n'est jamais complète. Elle se manifeste par un embarras de parole assez marqué pour rendre le langage inintelligible. La marche est vacillante et difficile; il y a souvent inclinaison latérale du tronc. Les bras ont perdu la faculté de soulever les fardeaux, et bientôt on est obligé de maintenir le malade constamment assis, parce qu'il ne peut plus se tenir sur ses jambes; on est également contraint de lui ingérer les aliments, parce qu'il ne peut les porter lui-même à sa bouche. Il existe une incontinence des urines et des matières fécales, qui souvent même date d'une période antérieure. On finit par se trouver dans la nécessité de fixer le malade sur un fauteuil, ou même de le laisser toujours au lit, parce qu'il ne peut plus soutenir son corps dans la position verticale, même alors qu'il est assis. Un fait bien important à noter, c'est que, même à cette période ultime, les malades, contraints de rester constamment couchés, peuvent néanmoins toujours remuer leurs bras et leurs jambes dans leur lit, quoiqu'ils manquent de force et de précision dans les mouvements, caractère

distinctif très important entre cette paralysie et toutes les autres avec lesquelles on prétend la confondre.

» D'autres phénomènes physiques, qui se produisent aussi quelquefois dans les périodes précédentes, appartiennent plus particulièrement à celle-ci : ce sont les contractures, les roideurs tétaniques, les tremblements, les spasmes de diverse nature, les grincements de dents, et surtout les attaques apoplectiques et épileptiformes. Leur nombre et leur fréquence varient beaucoup, selon les malades, et peut-être aussi selon les variétés de marche antérieure de la maladie ; mais elles sont assez fréquentes à cette période, surtout les attaques congestives, pour qu'on doive les considérer comme tout à fait caractéristiques de cette affection. »

A cette période, la rémittence s'observe comme au début, et ce retour momentané à l'intégrité relative des fonctions, si singulièrement perverties ou déprimées, est un des caractères les plus satisfaisants de la maladie. C'est ainsi qu'on voit des malades, qui étaient couchés dans un état de paralysie presque absolu et dont l'intelligence semblait presque abolie, se lever, marcher, parler et renaître à la vie de relation... Ces rémittences durent peu.

§ III. — Terminaison, durée.

La *terminaison* est-elle nécessairement la mort ? Le plus grand nombre des auteurs le pensent. Cependant il existe quelques exemples de paralysie générale progressive de date récente qui se seraient terminés par un retour à la santé. Ces faits sont trop rares et trop peu étudiés pour qu'on puisse se dispenser d'élever quelques doutes sur la possibilité d'une terminaison heureuse. Les malades, lorsqu'il ne survient point de maladies intercurrentes, tombent peu à peu dans une débilité et dans un état de cachexie profondes. Il est rare que la paralysie même soit cause directe de la mort. Le plus souvent les malades succombent à l'inanition, ou à la suite d'eschares, ou à des maladies intercurrentes, telles que la pneumonie, la pleurésie, des diarrhées colliquatives.

La *durée* de la maladie est variable. Il y a des malades qui succombent assez rapidement sous l'influence d'attaques congestives ou convulsives. La durée moyenne paraît être d'environ deux ou trois ans. C'est encore là un des caractères propres à cette maladie, tandis qu'on ne saurait fixer un chiffre exact pour la durée des paralysies d'une autre nature ou des diverses variétés de folies.

§ IV. — Lésions anatomiques.

Il n'existe pas absolument une lésion unique, constante, appartenant en propre à la maladie et ne se retrouvant pas dans d'autres maladies. Cependant les auteurs qui se sont le plus occupés de cette question, MM. Bayle, Parchappe, Foville, ont cherché à établir que la maladie reconnaissait pour cause ou manifestation habituelle un certain ordre de lésions du centre nerveux. M. Bayle a signalé la méningite comme constante : M. Calmeil se rattache à l'idée d'une périencéphalite chronique diffuse. Pour M. Foville il y aurait adhérence entre les diverses couches de la substance blanche ; enfin, M. Parchappe, se fondant sur un grand nombre d'autopsies, s'est cru fondé à admettre que la paralysie générale progressive reconnaît pour lésion constante le ramollissement de la couche corticale du cerveau.

§ V. — Diagnostic.

Le diagnostic de la maladie ne saurait présenter aucune difficulté sérieuse à un médecin instruit, alors que la seconde période a commencé. La gêne de la marche et l'incertitude des mouvements, la perte de la sensibilité cutanée en divers points du corps, l'affaiblissement des membres, la gêne si caractéristique de la parole sans qu'il y ait hémiplégie, le trouble des facultés intellectuelles et surtout la perte de la mémoire, le délire ambitieux ou monomaniaque, constituent un ensemble de symptômes auxquels on ne saurait se méprendre. Mais il existe des cas nombreux où le tableau que nous avons tracé de la maladie offre des imperfections, laisse des vides que l'esprit du médecin doit combler; aussi pensons-nous qu'il faut signaler ces cas difficiles. Si l'on compare cette maladie avec l'apoplexie par hémorrhagie cérébrale, voici les différences que l'on constate entre elles : L'invasion de l'hémorrhagie cérébrale est brusque, subite, imprévue, le plus souvent avec perte de connaissance. La paralysie est localisée, le plus souvent à une seule moitié du corps, et complète pendant un temps assez long, *sans rémittences*. L'intelligence en pareil cas est rarement altérée. L'embarras de la parole s'explique visiblement par la paralysie d'une moitié de la langue et s'accompagne d'une difformité de la face caractéristique. Enfin, la marche de la maladie diffère absolument de celle de la paralysie générale. Cependant lorsque l'hémorrhagie a son siége dans l'isthme de l'encéphale, il peut se produire certains phénomènes de paralysie générale, mais la sidération complète, la stupeur, la marche rapide de cette affection sont en complet désaccord avec ce que nous avons dit de la paralysie générale. Il est vrai aussi que chez certains malades, à la suite de plusieurs apoplexies, il y a des troubles de l'intelligence et quelquefois des attaques convulsives, mais ni la paralysie, ni le délire, ne suffisent pour constituer la paralysie générale, il faut l'ensemble des symptômes indiqués.

Le ramollissement cérébral peut également amener des paralysies et diverses espèces de folie, mais on peut distinguer ces deux maladies à l'aide des signes suivants dont nous empruntons la description à M. Falret (1). Dans le ramollissement il y a : « Céphalalgies intenses et continues, vomissements fréquents, coïncidant avec la céphalalgie ou les attaques congestives : douleurs dans les membres qui sont ou deviendront le siége de la paralysie; contractures et crampes; hémiplégie fréquente; embarras de la parole moins intimement lié à la maladie, et lorsqu'il existe, plus prononcé, plus intense dès le début et pouvant être porté jusqu'à l'impossibilité de parler; trouble de l'intelligence moins fréquent, consistant plutôt dans l'affaiblissement extrême de l'intelligence et la perte absolue de la mémoire, que dans le désordre des facultés intellectuelles... ; lésion fréquente des organes des sens (amaurose ou surdité); enfin, trouble plus fréquent et plus intense de la sensibilité (anesthésie ou hyperesthésie) que dans la paralysie générale. » D'ailleurs la marche de la maladie n'est pas la même, et l'on n'observe jamais, dans le ramollissement, d'intermittence.

Les tumeurs du cerveau de différente nature, cancéreuses, syphilitiques, peuvent donner lieu à des phénomènes de paralysie généralisée et diffuse, et à des accès

(1) *Loc. cit.*

eptiformes, ainsi qu'à un embarras de la parole. Rarement en pareil cas il ite des troubles de l'intelligence, et très souvent il y a des troubles des organes sens.

La paralysie saturnine, lorsqu'elle est limitée, ne saurait être confondue avec la alysie générale progressive, mais il paraît constant que la paralysie saturnine éralisée a été quelquefois le point de départ de la paralysie générale progressive. n est de même de l'alcoolisme chronique avec *delirium tremens*, qui paraît, tout dans les pays du nord de l'Europe, être une cause de paralysie générale gressive.

§ VI. — Causes.

Age, sexe. — La maladie ne sévit pas sur les enfants. On l'observe surtout chez personnes adultes. C'est de trente à cinquante ans qu'elle est le plus fréquente. hommes y sont-ils plus prédisposés que les femmes, on pourrait le croire près les observations publiées jusqu'ici ; néanmoins une statistique rigoureuse pas été faite jusqu'ici.

Parmi les causes de la maladie on a cité les passions violentes et la surexcitation ellectuelle, celles que font naître par exemple une révolution politique, un chan- nent brusque de position sociale, un violent chagrin, un amour inassouvi, etc. ; un mot, les causes ordinaires de la folie. Il faut aussi citer les excès, les écarts régime, et surtout l'alcoolisme, qui paraît jouer ici un rôle capital. Les excès ıériens entremêlés de veilles et d'orgies paraissent y disposer singulièrement, si n en juge par la fréquence de cette maladie chez les prostituées. On a signalé itoxication saturnine comme une des causes de la paralysie générale progressive.

§ VII. — Traitement.

Lorsque la maladie est confirmée, et arrivée à la seconde période, il est à peu ès certain que toute tentative médicale sera impuissante. On comprend néan- oins que le médecin doit étudier avec soin les indications ; que s'il y a des con- tions fréquentes, l'application de sangsues ou de ventouses scarifiées, l'usage des rgatifs drastiques, du calomel, l'emploi de bains presque froids, pourront être nseillés ; que le régime alimentaire, l'alimentation artificielle, les soins de pro- eté, l'entretien des forces à l'aide de moyens mécaniques et gymnastiques appro- iés, seront de grandes ressources. Lorsque la maladie est à son début et qu'on ut espérer la voir guérir, il faut avant tout supprimer la cause qui a déter- iné les accidents, surtout lorsque cette cause est extérieure, comme le plomb ou lcool.]

ARTICLE IV.

PARALYSIE ESSENTIELLE CHEZ LES ENFANTS.

[Cette maladie a été signalée et décrite pour la première fois en France par M. Barthez et Rilliet (1843) (1). Elle avait été étudiée précédemment en Angle- rre par Underwood, Schaw (1822), Budham (1835), Kennedy (1850), et en

(1) *Traité des maladies des enfants.*

Allemagne par Heine (1841). En 1851, M. Rilliet publia un mémoire appuyé sur de nouveaux faits (1). Ce mémoire nous servira de modèle pour cet article, dans lequel nous croyons devoir insérer textuellement plusieurs passages empruntés à cette source.

§ I. — Définition.

Le nom d'*essentielle* donné à cette paralysie indique assez qu'on ne peut l'expliquer par aucune lésion matérielle des organes qui président au mouvement et au sentiment. Cette opinion est fondée, il est vrai, en grande partie, sur le raisonnement et l'étude des malades, attendu qu'un très petit nombre d'autopsies ont été pratiquées en pareil cas. Dans deux autopsies, MM. Rilliet et Barthez ne trouvèrent aucune lésion appréciable du cerveau, de la moelle ni des nerfs. Cette paralysie consiste dans une perte plus ou moins complète du mouvement surtout, et quelquefois de la sensibilité, se manifestant surtout aux membres.

§ II. — Début, siége.

La maladie apparaît quelquefois instantanément sans que rien ait pu en faire prévoir l'invasion, et son intensité n'est point progressive; elle a d'emblée toute l'intensité qu'elle doit avoir. D'autres fois elle est précédée d'accidents convulsifs ou d'une sorte d'état comateux, principalement chez les enfants qui sont dans la période active de l'évolution des dents. On a constaté, dans des cas très rares, une marche lente et progressive de la maladie.

On a observé que, lorsque la paralysie était survenue brusquement sans prodromes d'aucune sorte, elle était plutôt locale et très limitée; que lorsqu'elle était précédée de troubles cérébraux légers, elle était plus souvent hémiplégique ou paraplégique, et que c'était cette dernière forme que revêtait habituellement la maladie lorsqu'il avait existé au début des phénomènes cérébraux marqués, surtout des convulsions.

Ces états cérébraux se montrent surtout au moment de la dentition : ce sont un état de somnolence, ou de l'éclampsie, ou de la contracture; ces symptômes disparaissent rapidement, et la paralysie persiste. On a signalé également, comme ayant précédé cette sorte de paralysie, la chorée, les fièvres éruptives et la fièvre typhoïde.

§ III. — Symptômes, marche.

Dans le plus grand nombre des cas, à peine la paralysie a-t-elle paru qu'elle a atteint son maximum; aussi les signes en sont-ils très tranchés. Lorsque cette paralysie se montre au bras, ce qui est le cas le plus fréquent, les petits malades ne peuvent exécuter aucun mouvement, et le bras pend inerte le long du corps, oscillant quand l'enfant se meut. Quelquefois, suivant M. Richard (de Nancy) (2), les doigts sont fléchis sur le pouce de la main. Si c'est une jambe qui a été frappée de paralysie et que la perte du mouvement soit complète, l'enfant se traîne ou saute à cloche-pied; si elle est partielle ou incomplète, il traîne la jambe ou s'ap-

(1) *Gazette médicale de Paris*, novembre 1851.
(2) *Bulletin de thérap.*, février 1849.

puie mal sur son pied, qui porte à faux, de sorte qu'une chute est imminente. Dans le cas de paraplégie, l'enfant reste immobile dans son lit, ne pouvant ni se lever ni se tenir assis. Il est remarquable que lorsque l'attention du médecin est portée sur cet objet, il n'existe aucun trouble actuel, aucun symptôme morbide pouvant faire supposer qu'il s'opère un travail morbide. Dès l'instant que la paralysie existe, elle n'est plus maladie : elle est résultat, pour ainsi dire, d'un accident dont la cause vraie nous échappe. Il n'y a ni chaleur à la peau, ni fièvre, ni exaltation de la sensibilité cutanée. Les auteurs insistent très peu sur la paralysie de la sensibilité, qui paraît être très rare et exceptionnelle. On a vu quelquefois persister pendant quelques jours des symptômes appartenant à l'état convulsif du début, tels que la dilatation de la pupille et la contracture des doigts. Un fait tout à fait digne d'attention, et qui suffirait pour donner à cette maladie une physionomie spéciale, c'est que, contrairement à ce qui existe dans les autres paralysies, principalement des membres inférieurs, on n'observe jamais ici de paralysies des viscères, et qu'il n'y a jamais ni rétention ni incontinence de l'urine et des matières fécales.

A ces symptômes des premiers jours ne tardent pas à s'adjoindre des phénomènes morbides qui résultent de la paralysie elle-même, de l'immobilité, de la diminution de la circulation, etc. ; trouble de nutrition, c'est-à-dire abaissement notable de température ; teinte bleuâtre de la peau ; *atrophie* des membres paralysés, soit générale, soit partielle. Cette atrophie porte sur tous les tissus, y compris les os, et, comme la paralysie a lieu au moment de la plus grande croissance, il y a bientôt une disparité, une distance considérable entre le volume du membre paralysé et celui du membre sain. Ces sortes de difformités sont très remarquables, surtout lorsque les personnes qui ont été ainsi arrêtées dans le développement d'une partie de leur corps ont atteint l'âge adulte. Quelquefois cette atrophie est suivie d'une déformation et d'une rétraction des membres.

A quelque degré que soit portée l'atrophie, la sensibilité peut rester et reste en général intacte. Le docteur Heine fait observer que les malades, même à une époque très éloignée du début, jouissent d'une santé générale satisfaisante ; que les fonctions digestives et urinaires sont normales, et que l'intelligence et les organes des sens ne présentent aucun dérangement appréciable.

§ IV. — Durée.

Cette paralysie peut persister toute la vie ; il est possible aussi qu'elle ne dure que quelques jours ou quelques heures. Ce n'est pas à dire pour cela que la durée de la paralysie pendant plusieurs semaines doive la faire considérer comme incurable. Il existe de nombreux cas d'enfants guéris après plusieurs mois, et même après deux ou trois ans.

§ V. — Pronostic.

La paralysie essentielle est une infirmité, mais ce n'est point une affection qui mette la vie en danger. Il serait très important de distinguer dès le début les cas curables de ceux qui ne le sont pas : c'est ce qu'a tenté M. Kennedy, en exprimant l'opinion que lorsque le début avait été brusque et sans prodromes, surtout chez les enfants de cinq à neuf mois, la maladie était toujours localisée et *temporaire*, ne se prolongeant pas au delà d'une ou deux semaines. Cette opinion ne paraît mal-

heureusement pas confirmée par le plus grand nombre des faits, et M. Rilliet la combat avec des arguments sans réplique. Nous empruntons à M. Rilliet le passage suivant :

« Les symptômes qui ont précédé ou accompagné le début doivent être pris en sérieuse considération pour le pronostic; mais là encore point de règle générale, des approximations seulement. Ainsi on peut espérer une guérison radicale et prompte quand la paralysie a succédé à la contracture essentielle, une guérison complète, mais beaucoup plus lente, quand la paralysie est liée à des symptômes choréiques, quand elle a succédé à une fièvre gastrique ou typhoïde. On doit craindre une paralysie grave, et dont la guérison sera difficile à obtenir, quand la perte des mouvements a été précédée de convulsions. Le début lent, insensible, peut faire porter un pronostic analogue. L'époque de la vie à laquelle la paralysie se développe n'exerce pas une grande influence sur le pronostic. »

Le siége et l'étendue de la paralysie ne paraissent point influer sur les chances de guérison. Le docteur West a donné la statistique suivante : sur 18 malades, 6 guéris, 4 améliorés, 5 à 8 incurables. Ces derniers seraient précisément ceux qui n'auraient point reçu à temps de soins médicaux.

Il est certain que le pronostic sera d'autant plus fâcheux que la paralysie durera depuis un temps plus long.

§ VI. — Causes.

Age. — La maladie se montre rarement après six ans. Son maximum de fréquence est entre six mois et deux ans.

Le sexe, le tempérament, ne paraissent jouer ici aucun rôle. Les enfants bien nourris sont ceux chez lesquels on a observé le plus souvent la maladie.

Parmi les causes occasionnelles, le froid a été signalé comme la plus probable; il existe, en effet, des exemples d'enfants chez lesquels un membre a été paralysé après un contact prolongé avec un corps froid, tel que du marbre, l'enfant étant resté assis sans mouvement sur une dalle ou sur un banc.

§ VII. — Traitement.

Les auteurs anglais, principalement M. Kennedy, se fondant sur ce que cette paralysie accompagne souvent la dentition et est parfois précédée de quelques troubles dans la digestion, prescrivent les purgatifs, surtout le calomel. Le docteur Heine formule ainsi les principes du traitement :

1° Réveiller l'innervation, dont l'action est annihilée dans la moelle épinière, les nerfs qui en émanent et les membres paralysés.

2° Rendre aux membres déformés leur forme normale au moyen des procédés orthopédiques.

3° Fortifier toute la constitution.

Le docteur Heine prescrit la teinture de noix vomique, à la dose de 12 gouttes, deux fois par jour. Il fait faire des frictions sur la colonne vertébrale et les membres paralysés avec un mélange de noix vomique et d'ammoniaque. Il administre un peu plus tard le sulfate de strychnine à la dose de 1/16e de grain, qu'il porte graduellement à 1/6e.

L'emploi de l'électricité, dont on était en droit, *à priori*, d'attendre de bons résultats, a été infructueux. Il n'en est pas de même des exercices gymnastiques, qui ont donné les meilleurs résultats.]

ARTICLE V.

APOPLEXIE NERVEUSE.

C'est une question en litige de savoir s'il peut exister réellement une apoplexie nerveuse, c'est-à-dire un état en tout semblable à l'hémorrhagie cérébrale que je viens de décrire, sans qu'il y ait aucune lésion apparente du cerveau. Abercrombie et quelques autres auteurs ont cité des faits dans lesquels, après avoir observé pendant la vie tous les phénomènes de l'apoplexie (perte de connaissance, paralysie du mouvement et du sentiment d'un côté du corps, déviation de la langue), on n'a trouvé, après la mort, aucune lésion appréciable. Je pourrais citer ici d'assez nombreux exemples de cette affection, qu'Abercrombie appelle *apoplexie simple* (1) : je pourrais faire connaître l'opinion de Willis, qui attribuait la maladie à une stupéfaction des méninges; celle de Nicolaï, qui n'y voyait qu'un spasme de ces membranes, etc.; mais il suffit de constater l'existence de ces cas, auxquels Kortum a donné le premier le nom d'*apoplexies nerveuses*, cas qu'il faut bien distinguer de plusieurs autres qu'on a désignés sous le même nom, et qui néanmoins sont de véritables hémorrhagies ou des congestions cérébrales. Et, pour démontrer que les faits de ce genre existent réellement, qu'on ne doit pas accuser une investigation trop superficielle, j'ajouterai que, dans ces derniers temps, M. Grisolle (2) a rapporté un cas de ce genre, dans lequel le cerveau a été examiné jusque dans ses plus petites parcelles, et que moi-même j'ai vu dans le service de M. Louis un sujet qui, après avoir succombé à la suite d'une attaque d'apoplexie, avec perte complète de connaissance et hémiplégie, n'a présenté aucune lésion cérébrale, quoique l'investigation ait été, on peut le dire, des plus minutieuses.

Il n'y a donc pas de doute, le fait existe; mais comment l'expliquer? Faut-il admettre qu'il y a eu une lésion apparente, qui aurait disparu après la mort? Rien ne le prouve. Est-ce à dire qu'on puisse concevoir cette maladie cérébrale (car évidemment le cerveau est le siége du mal) sans aucune lésion de l'organe? Non, sans doute; mais ce qu'il y a de certain, c'est que cette action est inappréciable pour nous, et cette circonstance trace une ligne de démarcation profonde entre ces faits et ceux que nous avons cités dans les articles précédents. On ne dira pas qu'il existait un ramollissement qui aurait échappé à toutes les recherches; on peut le supposer pour quelques cas observés avant que le ramollissement fût bien connu; mais il ne saurait en être ainsi pour les deux derniers, la consistance du cerveau ayant été explorée dans les plus petites parties.

Faut-il, avec quelques auteurs, ne voir dans ces faits que des affections hystériques qui se seraient terminées par la mort? On sait que, dans quelques attaques d'hystérie, il survient une paralysie parfois très étendue et très complète, qui se dissipe au bout d'un certain temps sans laisser de traces. Le fait, ainsi expliqué,

(1) *Rech. pathol. sur les maladies de l'encéphale*. Paris, 1835, p. 291 et suiv.
(2) *Presse médicale*, 1837.

n'en serait pas moins curieux ; mais il faut remarquer que les sujets chez lesquels on a observé les phénomènes dont je viens de parler n'avaient point eu antérieurement d'attaques d'hystérie ; que la plupart étaient des hommes, et que leur apoplexie n'a pas commencé par des convulsions, en sorte que l'explication n'est guère acceptable.

Ce serait d'ailleurs en vain qu'on en chercherait d'autres dans l'état actuel de la science ; il vaut mieux reconnaître notre ignorance sur ce point, et attendre que de nouveaux faits viennent nous éclairer, si la chose est possible.

Maintenant dois-je donner la description de cette apoplexie nerveuse que j'ai placée immédiatement après l'hémorrhagie cérébrale, à cause de sa ressemblance parfaite avec cette affection ? Non, sans doute ; car je n'aurais qu'à reproduire la description des symptômes que j'ai donnée dans l'article précédent, et ce qui le prouve bien, c'est que, dans aucun cas bien observé, le diagnostic n'a été possible ; les hommes les plus versés dans la matière s'y sont complétement trompés. Quant aux lésions, je n'aurais qu'à signaler leur absence ; je ne pourrais rien dire des causes, et le traitement ne diffère en rien de celui de l'hémorrhagie du cerveau. De plus longs détails seraient donc complétement inutiles.

ARTICLE VI.

PARAPLÉGIE NERVEUSE.

Cette affection est l'analogue de l'*apoplexie nerveuse*, dont j'ai dit un mot en traitant des maladies cérébrales. Il n'est pas permis de douter de son existence, car il est peu de praticiens qui n'aient vu des cas dans lesquels, pendant un temps fort long, les membres inférieurs ont été paralysés sans que, à l'autopsie, on ait trouvé rien qui pût expliquer ce symptôme. J'aurais à reproduire ici les remarques que j'ai faites à propos de l'hémiplégie nerveuse ; il est plus convenable de renvoyer le lecteur à l'article où j'ai traité cette question.

Maintenant dois-je présenter une description particulière de cette espèce de paraplégie ? Tous ceux qui ont un peu étudié ce point de pathologie savent combien sont insuffisants les documents qui nous sont fournis par les auteurs. Les anciens ont décrit sous le nom de *paraplégie* toutes les espèces de paralysie des membres inférieurs, sans établir entre elles de distinctions suffisantes, et les modernes ont complétement négligé la paraplégie nerveuse ou idiopathique, qu'ils se sont contentés de mentionner sans la décrire. En l'absence des faits suffisants, il serait prématuré de vouloir entrer dans des détails qui manqueraient nécessairement de précision.

Je me contenterai d'indiquer les faits suivants, comme importants pour la thérapeutique, tout en reconnaissant combien il est difficile de dire si la paraplégie était essentielle ou non, ou plutôt tout en faisant remarquer combien l'existence d'une lésion plus ou moins notable est probable dans ces cas.

On trouve, dans le *Bulletin général de thérapeutique* (1), un cas de guérison de paraplégie réputée essentielle, par l'*iodure de potassium*. Le sujet était un

(1) Numéro du 15 janvier 1849.

enfant de dix ans, à qui l'on donna d'abord 30 centigrammes de ce sel, et plus tard le double. N'y avait-il rien de scrofuleux dans ce cas? Toutefois ce fait, quoiqu'il ne puisse pas servir seul à se former une opinion arrêtée sur l'efficacité d'un pareil traitement, doit néanmoins engager les médecins à l'essayer dans des cas analogues.

M. le docteur Boari (1) a rapporté un cas dans lequel une paraplégie avec affaiblissement du bras gauche et de l'intelligence fut guérie par l'emploi du *seigle ergoté*, après avoir résisté à beaucoup d'autres moyens.

Le docteur Girard (de Marseille) (2), cite également trois cas de guérison par ce médicament, qu'il prescrit à la dose de 0,50 grammes, par 2,50 grammes par jour.

Dans un cas de paraplégie, chez une femme de cinquante-sept ans, M. Bricheteau (3) employa avec succès la *brucine*, en commençant par 10 centigrammes et en élevant la dose jusqu'à 50 centigrammes. Ce médicament agit comme la strychnine; mais n'étant toxique qu'à des doses beaucoup plus élevées, il est plus maniable.

[Ainsi s'exprimait M. Valleix dans la précédente édition de ce livre. Cette question a été depuis lors plus étudiée et présentée sous un nouveau jour. L'Académie de médecine a cru que le moment était venu d'encourager des recherches sur ce sujet, et a mis au concours, en 1855, la question suivante : « *Existe-t-il des paraplégies indépendantes de la myélite? En cas d'affirmative, tracer leur histoire.* » La question ainsi posée ouvrait un vaste champ à l'observation. En effet, il existe des cas très nombreux et divers de paraplégies sans lésion appréciable de la moelle ou de ses enveloppes. Nous indiquerons un grand nombre de ces paraplégies lorsque nous décrirons les maladies auxquelles elles succèdent : telles sont les paraplégies consécutives aux fièvres, surtout à la fièvre typhoïde, à la dysenterie, les paraplégies rhumatismales, hystérique, et celles qui tiennent à l'introduction dans l'économie d'un agent toxique tel que le plomb, l'oxyde de carbone (asphyxie par le charbon). Le but et le plan de cet ouvrage nous interdisent de traiter cette question dans un chapitre unique, et d'empiéter ainsi sur le domaine des traités de pathologie générale ou de sémiologie. Néanmoins nous devons indiquer brièvement les causes et la marche de quelques-unes de ces paraplégies dites nerveuses. M. Raoul Leroy (d'Étiolles), couronné par l'Académie de médecine pour son mémoire (4), admet comme causes des paraplégies sans myélite :

1° Les maladies des organes génito-urinaires chez l'homme et chez la femme;
2° La chloro-anémie compliquée d'hystérie;
3° Les pertes sanguines exagérées ou l'anémie des membres inférieurs;
4° Les fièvres graves, l'irritation gastro-intestinale, la pellagre;
5° L'intoxication saturnine et arsenicale;
6° L'impression subite ou prolongée du froid et la diathèse rhumatismale;
7° L'asphyxie;
8° Certaines affections cérébrales;

(1) *Atti dell'Accad. med.-chir. di Ferrara*, et *Giornale veneto di Namias*, 1847.
(2) *Bulletin génér. de thérap.*, 15 septembre 1851.
(3) *Union médicale*, 13 juin 1848.
(4) *Paralysies des membres inférieurs, ou paraplégies*. Paris, 1855-1857.

9° L'enfance (quelques-unes lui sont propres, d'autres rentrent dans celles que renferme cette liste);

10° Une compression de la moelle par les tumeurs qui se développent dans le canal vertébral ou qui y proéminent.

Somme toute, on voit que l'auteur de cette classification a groupé dans un ordre arbitraire et incomplétement cité un nombre considérable de paraplégies qui ne sont point produites par la myélite. Autant vaudrait dire que la paraplégie est un symptôme tantôt passager, tantôt persistant, isolé ou accompagné d'autres paralysies, qui se rencontre dans un grand nombre d'affections différentes, et qui, dans la très grande majorité des cas, échappe aux explications banales que fournit aux médecins l'anatomie dite clinique. Pour M. Raoul Leroy (d'Étiolles), les cinq premières espèces de paraplégies qui, suivant cet auteur, semblent se rapprocher par l'absence de toute lésion appréciable, forment un groupe de paraplégies nerveuses ou essentielles. Ce mode de classification est fondé sur des caractères négatifs, et le mot de *nerveux* appliqué à ces paralysies n'exprime rien que l'ignorance où nous sommes de leur véritable caractère. Le lecteur trouvera aux articles *Chorée*, *Hystérie*, *Paralysie essentielle des enfants*, *Rhumatisme*, etc., quelques explications sur ce sujet. Il y a un ordre de maladies très nombreuses qui s'accompagnent ou sont suivies fréquemment de paraplégies, ce sont les maladies des organes génito-urinaires.

M. Raoul Leroy (d'Étiolles), en attirant l'attention sur ce sujet, a rendu un véritable service. Sans doute on pourrait contester que le mot de *paraplégies nerveuses* fût bien appliqué ici : ce serait plutôt *paraplégies symptomatiques* ou *sympathiques* qu'il faudrait dire. Les recherches des physiologistes modernes sur le système nerveux montrent que les organes dépendent des centres nerveux, et que réciproquement les centres nerveux sont sous leur dépendance, et que les actions réflexes jouent un rôle considérable dans la maladie. Quoi qu'il en soit, voici comment M. Raoul Leroy (d'Étiolles) comprend les paraplégies à la suite des maladies des organes génito-urinaires.

Le point de départ est souvent dans l'urèthre, mais le plus ordinairement au col de la vessie, qui se tuméfie, soit par l'effet d'une ou de plusieurs blennorrhagies, soit par l'effet d'excitation souvent répétée, comme la masturbation. Cette tuméfaction détermine bientôt une barrière qui s'oppose à l'évacuation complète de l'urine, et... bientôt cystite, pyélite ou pyélo-néphrite et paraplégie. Les choses peuvent se passer ainsi, quelle que soit la cause du développement anormal de la prostate. « Si la néphrite aiguë a été la cause première de la paralysie, celle-ci sera complète ou très manifeste en quelques jours, et même en peu d'heures. Si la marche de l'affection que nous reconnaissons pour cause est lente et chronique, la paralysie affectera une marche progressive, et prendra des mois pour mériter ce nom; elle s'arrêtera bien souvent dans sa marche, et pourra ne se traduire que par une extrême faiblesse des membres inférieurs. » On a noté que dans la néphrite aiguë, lorsqu'il y avait paraplégie, c'était plutôt au membre inférieur correspondant au rein malade, et qu'il y avait, en pareil cas, des douleurs très violentes dans ce membre, de sorte qu'il n'est pas bien démontré qu'il n'y ait pas là une action de voisinage, une transmission par continuité de la *phlegmasie* du rein à la moelle ou à ses enveloppes..... Il paraîtrait que, dans ces paraplégies, la nutrition des membres paralysés continue à se faire presque comme à l'état normal. « Il est rare

u'il y ait une diminution bien sensible dans leur volume ; l'amaigrissement est bien loigné de l'atrophie qui succède à la paralysie avec myélite. » En pareil cas, on bserve rarement l'abolition absolue du mouvement et de la sensibilité ; il est rare ue le rectum soit paralysé. Parmi les causes de paraplégie qui paraissent procéder es organes génitaux, il faut noter également les pertes séminales involontaires.

Le *pronostic*, pour M. Leroy (d'Étiolles), doit sa gravité tout entière à la maladie ue la paraplégie est venue compliquer, et si la mort survient, c'est par suite de ı néphrite ou des pertes séminales.

La même chose peut se dire du traitement : il faut traiter la maladie qui donne eu à la paraplégie.

La paraplégie apparaît quelquefois chez les femmes, à la suite d'une suppression le règles ou d'une ménorrhagie, ou par le fait de la grossesse ou de l'accouchement. Ces sortes de paraplégies se rattachent à un ordre de faits qui ne sont pas ncore assez bien étudiés pour que nous puissions faire autre chose que de les indiquer seulement, sans y insister davantage. Sans doute, s'il est une paraplégie qui mérite le nom de nerveuse, c'est celle qui se rattache à l'hystérie. Nous décrirons onguement ce symptôme à l'article *Hystérie*.

Quant à la paraplégie consécutive aux pertes sanguines exagérées ou à l'anémie lu train postérieur, les faits cités jusqu'ici sont de deux ordres : ou bien ce sont les faits de laboratoire, des expériences faites sur les animaux ; ou bien ce sont des as d'anatomie pathologique, tels que la présence d'un caillot ou de tout autre bstacle s'opposant au cours du sang dans les membres inférieurs. Ces cas ne sauaient rentrer dans les paraplégies nerveuses.]

ARTICLE VII.

TREMBLEMENT NERVEUX.

Je n'ai que quelques mots à dire du tremblement nerveux, et plutôt pour faire ntendre comment cette affection doit être étudiée dans cet ouvrage, que pour en onner l'histoire. Dans les traités de pathologie, on a, sous le titre de *tremblement*, onsidéré d'une manière générale un trouble spécial de la motilité, sauf à renoyer aux descriptions particulières pour certains tremblements qui surviennent ous l'influence de causes spéciales, tels que le tremblement mercuriel, le *delirium tremens*, le tremblement causé par l'opium, etc. Comme je ne fais pas ici de ı pathologie générale, je n'ai à m'occuper dans cet article, placé parmi ceux qui ont consacrés aux névroses, que du tremblement idiopathique. Dans le sens goureux du mot, il est certain que tous les tremblements sont des maladies nereuses, et par conséquent des névroses ; mais, comme la plupart d'entre eux sont roduits par l'abus de certaines substances qui, à un certain degré, deviennent xiques, il vaut mieux, je pense, présenter ces affections réunies, ou du moins ssez rapprochées pour qu'on puisse les embrasser d'un seul coup d'œil ; c'est ussi dans le chapitre consacré aux intoxications que je parlerai de ces espèces de emblements. Quant à ceux qui ne constituent que des symptômes de diverses affecons, comme les tremblements qu'on remarque dans diverses maladies fébriles, ils ont suffisamment indiqués dans les articles où il est traité de ces affections.

Tremblement idiopathique. — Reste donc le *tremblement idiopathique;* mais ce trouble de la motilité n'a qu'une très faible valeur pathologique, aussi me contenterai-je d'une indication sommaire.

Ce tremblement consiste, comme les autres espèces, dans de légères oscillations involontaires des membres, de la tête, plus rarement du tronc. Il diffère des autres affections convulsives par la moins grande étendue de ces mouvements involontaires, et surtout parce qu'il n'empêche qu'à un très faible degré les mouvements volontaires.

Parmi les *causes*, on remarque d'abord la *vieillesse;* mais il n'y a aucune utilité, sous le rapport pathologique, à étudier le *tremblement sénile*. Puis vient la détérioration de la constitution par l'épuisement causé par l'*inanition*, par l'abus des plaisirs vénériens, par l'*onanisme*, etc. Les *émotions morales* très vives ou longtemps prolongées peuvent produire le même effet; enfin l'*hérédité*, suivant un assez grand nombre de faits, a une influence marquée sur la production du tremblement idiopathique. On connaît des exemples de ce trouble de la motilité chez de jeunes enfants dont les parents avaient soit un tremblement pareil, soit d'autres affections convulsives. Je parlerai ailleurs du tremblement qui succède quelquefois au rhumatisme.

Le tremblement lui-même constitue le seul *symptôme* de la maladie. Il occupe principalement les mains, les membres supérieurs et la tête. Dans cette dernière partie, il est presque constitué par des mouvements de latéralité.

Lorsque le tremblement est héréditaire, il n'y a aucun moyen à lui opposer; il faut seulement veiller à ce qu'aucune des causes ordinaires des diverses espèces de tremblements ne vienne en augmenter l'intensité. Dans les cas de tremblement par débilitation, le *traitement* est bien simple : il consiste à faire cesser la cause, et à donner des toniques et des aliments substantiels. A la suite des émotions morales très vives, le tremblement qui survient est presque toujours incurable.

En voilà assez sur cette affection nerveuse, qui n'a, je le répète, qu'une importance très secondaire.

ARTICLE VIII.

CHORÉE.

Si l'on en croit J. Frank (1), la connaissance de cette maladie remonterait à Hippocrate (2), et Galien en aurait donné une description claire, sous le nom de *scélotyrbe;* mais les passages que cite cet auteur ne sont pas de nature à faire partager cette manière de voir, car, dans celui qu'il emprunte à Hippocrate, il n'est évidemment question que de la paralysie du rectum et de la vessie, et celui de Galien se rapporte bien plutôt à la paraplégie qu'à la chorée. Paracelse (3) a eu par conséquent raison de dire que, avant lui, cette affection ne se trouvait décrite nulle part. Mais il faut arriver à Sydenham (4) pour avoir une exposition vraiment

(1) *Praxeos medicæ*, pars. sec., vol. I, sect. II, *De choreâ sancti Viti*. Lipsiæ, 1841.

(2) *Œuvres complètes d'Hippocrate*, trad. par E. Littré. Paris, 1846, t. V, p. 588, *Prénotions coaques*.

(3) *Opera*, t. I.

(4) *Sched. monit. de nov. febris ingr.*

ientifique des symptômes de la chorée, et c'est seulement en 1810 que Bouteille, France (1), et Bernt en Allemagne (2), en donnèrent une description comète, bien que cette maladie eût déjà été le sujet de nombreuses publications. epuis, des auteurs plus nombreux encore se sont occupés de la chorée; je me ntenterai d'indiquer, parmi les plus récents, MM. Blache (3), Rufz (4), dont le avail est très précieux, parce qu'il résulte d'une analyse exacte et méthodique un nombre important de faits; Dufossé (5), MM. Rilliet et Barthez (6), qui ont onsacré à cette affection un article important de leur ouvrage, et M. Sée (7), dont mémoire, plein de faits observés avec soin, a été couronné par l'Académie de édecine. Ces divers travaux nous fourniront d'excellents documents pour la desiption qui va suivre.

On n'a proposé, relativement à la chorée, qu'une seule division qui mérite d'être diquée : c'est celle qui a été établie par Bouteille. Cet auteur veut qu'on dis ngue une *chorée essentielle* (*protopathica*), une *chorée secondaire* (*deuteropaica*) et une *chorée fausse* (*pseudapathica*). Cette dernière espèce n'a pas été lmise, parce qu'elle ne se rapporte qu'à des états pathologiques qui n'ont autre iose que l'apparence de la chorée. Quant aux deux premières espèces, on peut, ec MM. Rilliet et Barthez, leur accorder plus d'importance ; mais il n'y a aucun otif de consacrer une description spéciale à chacune d'elles : il suffit de mentionr, dans le cours de cet article, les particularités que présente la maladie suivant s cas.

Il y a quelque temps, M. Rubini (8) a décrit, sous le nom de *chorée électrique*, s convulsions irrégulières qui se manifestent particulièrement chez les jeunes filles bustes de cinq à vingt ans, mais qui peuvent aussi se montrer chez des hommes chez des femmes. Je ne crois pas que ce soit là une véritable chorée : ce sont s convulsions encore peu connues, et pour la description desquelles il faut endre de nouveaux documents.

Je ne parle pas ici de la *chorée inflammatoire*, de la *chorée rhumatismale*, etc., e plusieurs auteurs ont particulièrement distinguées; ce sont des distinctions idées sur la cause ou la nature présumée de la maladie dans les divers cas, et il fit de s'en occuper à l'occasion de l'étiologie et du traitement.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La chorée est une maladie caractérisée par des contractions involontaires, très égulières et revenant à des intervalles variables, des divers muscles du corps, et

1) *Traité de la chorée ou danse de Saint-Guy*. Paris, 1810.
2) *Monographia choreæ sancti Viti*. Prague, 1810.
3) *Dictionnaire de médecine*, art. CHORÉE. — *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1855, IX, p. 598.
4) *Recherches sur quelques points de l'histoire de la chorée chez les enfants* (*Arch. gén. de* ., Paris, 1834).
5) *Dissert. inaug.*
6) *Traité des maladies des enfants*, 2e édit. Paris, 1853, article *Chorée*.
7) *De la chorée. Rapports du rhumatisme et des maladies du cœur avec les affections nerses et convulsives* (*Mémoires de l'Académie impériale de médecine*, Paris, 1850, t. XV, 73 à 525).
8) *Mémoire lu au septième congrès des savants italiens* (*Union médicale*, 19 févr. 1847).

principalement de ceux des membres, ce qui fait faire au malade des mouvements désordonnés et très gênants.

[Dans la chorée, l'accord et l'équilibre cessent d'exister entre les muscles congénères et entre les muscles antagonistes. Il y a défaut de coordination des mouvements. Ce n'est point une convulsion seulement, ce n'est pas non plus une simple rupture d'équilibre par paralysie de quelques muscles; on ne saurait mieux exprimer ce qui se passe que ne l'a fait M. Bouillaud, par l'expression de *folie musculaire*. Il existe en outre une forme aiguë grave, véritablement convulsive, de la chorée.]

On a donné à cette affection beaucoup de noms se rapportant tous aux mouvements des membres inférieurs, qui imitent une danse irrégulière : ainsi *danse de Saint-Witt* ou *de Saint-Guy*, *clonus chorea*, *choreomania*, *saltatio sancti Viti*, *epilepsia saltatoria*, *ballismus*. Cette affection ne laisse pas d'être fréquente. Nous verrons plus loin qu'elle se montre plus particulièrement dans l'enfance.

§ II. — Causes.

Personne n'a aussi bien que M. Rufz recherché les causes de cette affection chez les enfants. Nous aurons donc à suivre en grande partie son travail relativement à l'étiologie. Quant aux causes qui déterminent la maladie chez les adultes, il sera bien plus difficile de les indiquer d'une manière précise, parce que l'affection se montrant rarement à cet âge, on n'a très fréquemment à considérer que des cas isolés.

1° Causes prédisposantes.

Age. — Ainsi que je l'ai dit plus haut, l'âge a une influence très marquée sur la production de la maladie; mais ce n'est pas dans le plus jeune âge qu'elle se manifeste : ainsi on ne l'a pas observée chez les enfants nouveau-nés; du moins c'est ce qui résulte des travaux de tous les auteurs qui se sont occupés des maladies de la première enfance, et qui ont regardé comme de simples mouvements choréiformes certains mouvements désordonnés, observés chez des enfants naissants (Monod) ou âgés de quelques mois (Simon) (1). De un à six ans, d'après les relevés de M. Rufz, elle est très rare, puisque, sur 189 malades, il ne s'en est trouvé que 10 de cet âge; de six à dix ans, la fréquence de la maladie augmente considérablement; car, sur le nombre indiqué plus haut, cette période a fourni 61 malades: enfin, de dix à quinze ans, la fréquence est portée au plus haut degré, puisqu'on a trouvé dans cette période 118 sujets affectés. Il résulte des recherches de M. Eisenmann (2) que cette dernière augmentation de proportion porte principalement sur le sexe féminin, ce qui fait penser que la puberté chez les femmes a une grande influence sur le développement de la maladie; mais cette opinion, qui était celle de Sydenham, Cullen, Stoll, Pinel, se trouve infirmée par les recherches de M. Sée, qui s'est assuré que le début de la maladie remonte le plus souvent à l'âge de dix et de onze ans. La fréquence de la chorée va ensuite en décroissant à mesure que l'on

(1) Voy. *Bulletin de thérapeutique*, 1847.

(2) *Recherches sur quelques points de la chorée* (*Jahresbericht für die Fortschritte der ges. Med.*, et *Union méd.*, 19 février 1848).

avance en âge, et c'est alors surtout qu'on observe ces cas douteux admis par certains auteurs, et qui jettent beaucoup d'obscurité dans les descriptions.

Sexe. — L'influence du sexe n'est pas moins remarquable : chez les sujets dont les observations ont été consultées par M. Rufz, on trouve 51 garçons et 138 filles. La même prédominance du sexe féminin a été constatée aux autres âges par presque tous les auteurs.

Puberté. — La maladie étant, comme on vient de le voir, notablement plus fréquente aux environs de la puberté qu'aux autres âges de l'enfance, on a regardé la modification qui survient de cette époque dans l'organisme comme la cause prédisposante par excellence. Telle est, en particulier, la manière de voir de Bouteille, de Cullen et de Sydenham; mais M. Rufz fait observer que la maladie ne laisse pas d'être fréquente de six à dix ans, c'est-à-dire à une époque encore éloignée de la puberté ; d'ailleurs il faut remarquer que, si cette explication peut être donnée quand il s'agit des jeunes filles, il n'en est plus de même relativement aux jeunes garçons, chez lesquels l'époque de la puberté arrive un peu plus tard, et enfin nous avons vu plus haut le résultat des recherches de M. Sée, qui est contraire à cette opinion.

Constitution. — « De 18 enfants, dit M. Rufz, chez lesquels la constitution a été notée avec soin, nous trouvons que 15 sont plutôt maigres que gras, plutôt faibles que forts; 3 jeunes filles de treize à seize ans étaient évidemment robustes; la plupart des enfants étaient blonds ou châtains, et deux étaient très bruns. »

Hérédité. — Dans les cas observés par M. Rufz, l'hérédité était loin d'être évidente, car, sur 18 sujets, il n'a rencontré que deux fois deux choréiques dans la même famille; mais d'autres auteurs ont cité quelques faits un peu plus remarquables : ainsi le docteur Stiebel (1) parle de plusieurs familles dans lesquelles la chorée était fréquente. En somme, il résulte des recherches de la plupart des auteurs que l'influence de l'hérédité est très peu considérable. MM. Rilliet et Barthez, en particulier, n'en ont jamais constaté un seul exemple.

Mais M. Sée (2), ayant examiné les faits avec plus d'attention et sous tous les points de vue, a trouvé que si la chorée elle-même se transmet très rarement, il n'en est plus de même du rhumatisme, qui, suivant ses recherches, est la cause principale de la chorée. On voit en effet, dans les cas qu'il a recueillis, des rhumatisants avoir des enfants choréiques, ceux-ci en avoir de rhumatisants, et de cette manière ce serait le principe de la maladie, et non l'affection elle-même, qui serait transmis. De nouvelles recherches sur ce point seraient utiles à la science.

Saisons, climats. — « Nous avons vu, disent les auteurs que je viens de citer, la danse de Saint-Guy débuter dans toutes les saisons, mais plus fréquemment en été, résultat analogue à celui auquel est arrivé M. Rufz. Du reste, d'après les recherches de ce médecin, il ne paraît pas que le climat exerce la même influence que la saison, puisque la chorée, presque inconnue dans les climats très chauds, est au contraire fréquente dans les régions septentrionales. »

Les recherches de M. Sée, et après lui celles de M. Botrel (3), ont complète-

(1) *Casper's Wochenschrift*, 1836.

(2) *Loc. cit.*

(3) *De la chorée considérée comme affection rhumatismale.* Thèse, Paris, 1850.

ment confirmé ce résultat. M. Sée a en outre constaté que l'*habitation dans un lieu bas et humide* est une cause prédisposante dont l'action est incontestable.

Telles sont les causes prédisposantes dont il nous est permis d'apprécier l'influence. Je me bornerai à indiquer, pour terminer, quelques autres causes admises par divers auteurs, mais sans que nous trouvions des preuves convaincantes à l'appui de leur existence : ainsi on cite les *études prématurées*, une *éducation efféminée* (Bernt), les *vices scrofuleux* et *rachitique* (Jäger), et d'autres influences plus hypothétiques encore.

2° Causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles, celle qu'on doit citer en première ligne est sans contredit la *frayeur;* mais les parents ont une trop grande tendance à attribuer la chorée à cette cause morale. Sur les 18 malades observés par M. Rufz, onze fois les parents regardaient la peur comme la cause de la maladie ; mais en y regardant de plus près, on s'aperçoit que, assez fréquemment, cette opinion n'est pas soutenable, et Guersant pense que, dans un bon nombre de cas, si les petits malades ont manifesté de la frayeur, c'est que déjà ils étaient fortement disposés à la maladie, ou même en présentaient de légers symptômes.

« Les *accès violents de colère*, disent Guersant et M. Blache (1), les *grandes contrariétés*, la *jalousie*, la *masturbation*, la *suppression des règles*, ont paru plusieurs fois déterminer l'apparition de cette maladie. » Georget (2) dit aussi qu'on l'a observée quelquefois à la suite des attaques d'*épilepsie* et d'*hystérie*.

Coups, chute. — Bouteille a rapporté deux cas dans lesquels la chorée s'est manifestée à la suite d'une *contusion à la tête* (coups, chute) ; mais les auteurs récents qui ont étudié ce point d'étiologie avec un grand soin n'ont pas observé de faits semblables. MM. Rilliet et Barthez disent que, dans un cas seulement, ils ont pu soupçonner un coup reçu sur la tempe d'avoir occasionné la maladie.

Suivant Guersant, la chorée se développe, dans un certain nombre de cas, soit dans le cours d'une *affection occupant le tube intestinal*, soit immédiatement après. Ces cas sont du genre de ceux que Bouteille rangeait dans l'espèce désignée sous le nom de *deuteropathica*.

Un nombre considérable d'auteurs ont attribué la chorée à la présence des *vers* dans les intestins ; mais M. Blache n'a jamais constaté l'existence des entozoaires dans les cas soumis à son observation, et de plus il rappelle que maintes fois on a pu expulser des vers en assez grande quantité sans pour cela faire cesser les symptômes de la chorée.

Imitation. — Cette cause a été admise par beaucoup de médecins du siècle dernier. On a regardé comme une chorée cette affection nerveuse qui se propageait dans l'hôpital de Harlem, avec une facilité si grande, que Boerhaave fut obligé de menacer les enfants de se servir du cautère actuel pour faire cesser cette espèce d'épidémie ; mais est-il certain que ce fût la chorée ? Ce dont on ne peut douter, c'est qu'aucun des auteurs qui ont étudié les faits avec attention et avec une connaissance entière de la maladie, n'a vu un exemple évident de chorée par imitation.

(1) *Loc. cit.*
(2) *Dictionnaire de médecine.*, 1re édit.

bien qu'ils aient observé dans des hôpitaux où les enfants choréiques sont pêle-mêle avec les autres malades.

Les causes occasionnelles que je viens de passer en revue sont les plus importantes. J. Frank, consultant un nombre très considérable d'auteurs, en a signalé encore beaucoup d'autres; mais il ne faut qu'un coup d'œil jeté sur le passage où il traite des causes déterminantes, pour s'assurer que très souvent les auteurs qu'il a consultés ont fait des erreurs de diagnostic et ont pris pour la chorée d'autres affections nerveuses, telles que les convulsions causées par la *dentition*, le tremblement déterminé par le *mercure*, la paralysie causée par le *plomb*, les accidents nerveux produits par la *morsure de certains animaux venimeux*.

Viennent ensuite d'autres causes dont il est à peine nécessaire de parler, tant elles sont banales. Ce sont la *suppression de la sueur des pieds*, la *suppression trop rapide des ulcères*, des *maladies de la peau*, de *divers flux*, etc.

Mais il reste une autre cause dont il importe de dire un mot : c'est l'*influence épidémique*. Tout le monde connaît les épidémies citées par Mézeray, Cullen, et le docteur Hecker (1); mais il est douteux que la plupart d'entre elles puissent être rapportées à la chorée plutôt qu'à d'autres affections nerveuses. Ce qu'il y a de certain, c'est que les auteurs les plus récents n'ont rien observé qui ressemblât à une épidémie.

Je ne parlerai pas ici des conditions organiques qui ont été citées par quelques auteurs sous le titre de *causes prochaines de la chorée;* il sera temps de dire ce qu'il faut en penser lorsque nous nous occuperons des lésions anatomiques qu'on a attribuées à cette affection.

Rhumatisme. — Mais il est une question d'étiologie qui, dans ces dernières années, a pris une très grande importance, et qu'il est nécessaire d'examiner avec attention. J'ai dit plus haut qu'on avait cité des exemples de *chorée rhumatismale;* aujourd'hui on va beaucoup plus loin, car d'après les recherches de MM. Sée, Hughes et Botrel, non-seulement il y aurait des cas où la chorée serait de nature rhumatismale, mais cette maladie serait, dans l'immense majorité des cas du moins, sous la dépendance immédiate du rhumatisme, ou, en d'autres termes, elle serait une manifestation particulière du vice rhumatismal. C'est sur des recherches nombreuses et faites avec grand soin que ces médecins se sont fondés, et les observations qu'ils ont recueillies ont été scrupuleusement analysées, sous ce point de vue.

Mais, parmi leurs travaux, il faut placer en première ligne celui de M. Sée (2), qui a le double mérite d'avoir le premier reconnu cette influence si grande du rhumatisme, et d'avoir mieux que personne approfondi ce sujet intéressant. Déjà, sans doute, des faits de chorée succédant au rhumatisme ou coïncidant avec lui, avaient été publiés par Stoll, Bouteille, Copland, etc., et M. Bright (3), avec sa sagacité ordinaire, avait entrevu le rapport de la chorée et du rhumatisme; mais il restait à généraliser le fait, et c'est la tâche qu'a remplie M. Sée, à l'aide d'une analyse exacte de 128 cas de chorée soigneusement observés, et dans lesquels il a vu la chorée succéder, dans la grande majorité des cas, au rhumatisme articulaire ou

(1) *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. Paris, 1834, t. XII, p. 312.

(2) *De la chorée. Rapports du rhûmatisme et des maladies du cœur avec les affections convulsives*, mémoire couronné (*Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XV, 1850).

(3) *Med.-chir. Transact. of London*, 2e série. Londres, 1839, t. IV, p. 1.

coïncider avec lui, ou enfin le précéder de peu de temps. Aussi, pour lui, la chorée n'est-elle autre chose que l'expression symptomatique du rhumatisme fixé sur le système nerveux. Les recherches de M. Hughes l'ont conduit aux mêmes conclusions.

Quant à M. Botrel (1), il n'a, sur 82 cas qu'il a rassemblés, vu manquer la cause rhumatismale que 13 fois, ou plutôt les renseignements ont été insuffisants; car 4 fois seulement, il lui a été affirmé que les malades n'avaient pas eu de rhumatisme.

L'opinion des médecins que je viens de citer mérite, comme on le voit, d'être prise en grande considération, et nous fait envisager la chorée sous un nouveau point de vue.

M. le docteur Begbie (2) a cité des faits en faveur de la relation qui existe entre le rhumatisme et la chorée.

M. Gabb (3) a également rapporté un cas dans lequel la *coïncidence de cette maladie et du rhumatisme articulaire aigu* est des plus remarquables, et les faits de ce genre tendent à se multiplier.

Dans les cas recueillis par M. Eisenmann (4), au contraire, le *rhumatisme* n'a été noté qu'un très petit nombre de fois, et cependant cet auteur attache une grande importance à cette cause.

§ III. — Symptômes.

Il faut diviser, pour la description des symptômes, la chorée en *générale* et en *partielle*. Pour ces deux variétés, le début est ordinairement le même, de telle sorte qu'on ne peut pas prévoir d'avance si elle occupera toutes les parties du corps, ou si elle restera bornée à quelques-unes.

Prodromes. — On a cité un certain nombre de phénomènes précurseurs que quelques auteurs, et en particulier Copland, regardent comme à peu près constants, tandis que beaucoup d'autres les considèrent comme assez rares. Ces phénomènes sont une irascibilité plus ou moins grande, du malaise, de l'abattement, des troubles digestifs consistant principalement dans le dérangement de l'appétit et dans la constipation. Dans un cas, MM. Rilliet et Barthez ont constaté l'existence de vomissements et d'un peu de diarrhée pendant huit jours avant le développement de la chorée; mais ces mêmes auteurs, ainsi que MM. Rufz, Blache et Guersant, ont noté, d'après un interrogatoire attentif, qu'en général l'affection débute sans prodromes par le trouble des mouvements qui va être décrit.

Début. — Le début, qui consiste, comme je viens de le dire, dans une certaine perturbation des mouvements, se fait remarquer par une agitation bornée soit à un membre (ordinairement un des deux membres supérieurs), soit à deux membres à la fois, soit même seulement aux doigts d'une main. Il est ordinaire de voir en même temps, ou peu de temps après, quelques mouvements irréguliers de la face, d'où résultent des grimaces passagères pour lesquelles les enfants sont bien souvent punis. Au bout d'un temps variable, la perturbation des mouvements augmente en intensité et en étendue, et la maladie est confirmée. On a cité quelques cas dans

(1) *Loc. cit.*
(2) *Monthly Journ. of med. science*, avril 1847.
(3) *Provincial medical and surgical Journal*, 1848.
(4) *Loc. cit.*

lesquels presque toutes les parties du corps ont présenté, dès le début, des convulsions choréiques, mais ces cas sont de beaucoup les plus rares.

Symptômes de la chorée générale. — Le symptôme capital est le trouble singulier que présente la motilité. Les *mouvements involontaires* sont si irréguliers, qu'il est difficile de les faire entrer dans une description méthodique. Pour tâcher d'y parvenir, il faut nécessairement passer en revue les diverses parties du corps.

Du côté des membres supérieurs, on voit les doigts s'agiter d'une manière très variable. Pour bien constater ce phénomène, il faut faire placer la main, étendue et en pronation, sur un plan solide; on voit alors les doigts se fléchir, s'étendre, se rapprocher, se porter l'un sur l'autre, s'écarter de la manière la plus diverse. Par le même moyen on constate les contractions involontaires des muscles de l'avant-bras et du bras, car la main se trouve tantôt fléchie, tantôt étendue, tantôt portée en supination, pour être ensuite brusquement ramenée en pronation; puis tout à coup la main quitte le plan sur lequel elle reposait, l'avant-bras se fléchit, et un moment après il s'étend de nouveau. Lorsque la chorée est portée à un haut degré, les mouvements involontaires des muscles du bras et de l'épaule deviennent très marqués, et le membre est projeté irrégulièrement dans une grande étendue : ainsi la main est portée vivement derrière la tête, puis ramenée le long du corps, ou bien le bras s'étend brusquement; il en résulte des gesticulations ridicules. Un très bon moyen pour juger de l'étendue des contractions involontaires des muscles des membres supérieurs consiste à faire boire les malades : il y a d'abord de l'hésitation, de la maladresse dans la manière dont ils saisissent le verre; puis, quand ils l'ont saisi, au lieu de le porter directement à leur bouche, ils font des écarts à droite et à gauche, en haut et en bas; ils le rapprochent, puis l'éloignent tout à coup, jusqu'à ce qu'enfin, après des tergiversations plus ou moins nombreuses, ils le portent à leur bouche, le saisissent avec les dents pour le fixer et le vident presque d'un seul trait. Si les malades veulent prendre, sur un plan vertical, un objet délié, comme une épingle, ils s'en approchent, s'en éloignent, et finissent par le prendre brusquement dans l'intervalle de deux convulsions.

Les *troubles de la motilité des membres inférieurs* se font d'abord remarquer dans la station; les jambes se fléchissent, s'écartent tour à tour de la verticale, sont agitées de mouvements divers. La progression est encore assez facile, mais bientôt elle devient difficile, parce que les contractions involontaires surprenant les malades au moment où ils vont poser le pied par terre, il y a constamment imminence de la perte de l'équilibre. Puis enfin, au bout d'un certain temps, ils bronchent presque à chaque pas, et la maladie faisant des progrès, ils finissent par présenter une démarche singulière et ridicule que Sydenham a comparée à celle des idiots, et un sautillement irrégulier : d'où cette apparence de danse qui a fait donner son nom à la maladie. A un degré plus avancé, les malades tombent fréquemment pendant la progression, et, plus tard encore, ils sont forcés de rester couchés. Alors, si on les examine au lit, on voit que les membres inférieurs, comme les supérieurs, sont agités de mouvements désordonnés.

Les muscles de la *face* participant à la maladie, il en résulte des contractions qui font grimacer fortement le visage : c'est un tic, une espèce de rire sardonique, un spasme cynique, enfin des convulsions ressemblant assez à celles que nous avons décrites dans l'article *Convulsion de la face*, mais plus désordonnées encore.

Dans les cas les plus graves, « les *yeux*, suivant la description de M. Rufz, sont dans une rotation continuelle; les *lèvres* sont fermées ou béantes; le malade tire la langue involontairement. Toute la face est dans une grimace continuelle. »

Ces convulsions s'étendent souvent aux *muscles du cou*, et la tête est alternativement portée dans divers sens. J. Frank rapporte l'exemple d'un Polonais qui avait des contractions du cou tellement fortes, que la tête venait brusquement toucher l'épaule. « J'ai vu, dit M. Blache, des enfants chez lesquels la fréquence de ces mouvements avait occasionné des excoriations à la partie postérieure de la tête. » Suivant le même auteur, ces excoriations peuvent se trouver sur le tronc et sur toutes les grandes articulations, et elles sont le résultat des grands mouvements convulsifs dans ces diverses parties.

« Lorsque, ajoute M. Blache, la chorée affecte les muscles de la *langue* et du larnyx, il existe une difficulté plus ou moins grande dans l'exercice de la *parole*; quelques malades bégayent ou balbutient; il en est qui ne peuvent articuler un seul mot; enfin on en voit qui font entendre une sorte d'aboiement comparable à celui du chien. J'ai observé en 1821, à l'hôpital des Enfants, un jeune enfant qui présentait ce phénomène remarquable, et je donne actuellement des soins à une jeune fille de huit à neuf ans chez laquelle on remarque quelque chose d'analogue, les mouvements choréiques étant d'ailleurs bornés, dans ce cas, aux muscles du larynx. »

Le *tronc*, dans les cas où la maladie présente une certaine intensité, participe à cette perturbation des mouvements, et de là des inflexions variables, une agitation presque continuelle du corps, qui, dans l'état de veille, ne laisse presque aucun repos aux malades. Ces mouvements involontaires sont quelquefois portés à un tel degré que les enfants tomberaient si on ne les attachait dans leur lit.

Cette perturbation des mouvements, cette agitation choréique augmente ordinairement d'intensité lorsque les malades, presque toujours timides et irritables, s'aperçoivent qu'ils sont examinés avec curiosité. Les émotions morales de toute nature ajoutent aussi à la fréquence et à l'étendue des convulsions.

Pendant le sommeil des malades, on voit ordinairement leurs convulsions cesser d'une manière complète. Lorsque la maladie est portée au plus haut degré, l'agitation se continue pendant la nuit, mais c'est en général parce que les malades ont un sommeil interrompu, et que les convulsions se produisent dans tous les intervalles de réveil. Dans tous les cas, les convulsions se montrent presque immédiatement après le réveil, et parfois, ainsi que l'a remarqué M. Rufz, le réveil est précédé du retour des mouvements involontaires.

Suivant la remarque de M. Rufz, et après lui de M. Blache, les variations atmosphériques ne paraissent pas apporter de différences notables dans les mouvements choréiques; mais cette proposition n'étant pas présentée d'une manière très positive, il serait bon que de nouvelles recherches fussent faites sur ce point.

« Au trouble de la motilité, dit M. Rufz, dont le travail mérite d'être à chaque instant cité, se joint un trouble aussi remarquable de la *sensibilité morale;* à mesure que les malades s'agitent, ils pleurent, poussent des cris, s'épouvantent aux moindres surprises. » On voit que ces symptômes, que nous avons signalés comme phénomènes précurseurs, loin de se dissiper lorsque la maladie fait des progrès, font au contraire des progrès avec elle.

Bouteille a rangé parmi les symptômes de la chorée un certain degré d'*affaiblissement de l'intelligence*, et même un commencement d'imbécillité ; MM. Rufz et Blache, qui ont fixé leur attention sur ce point, se sont assurés que cette assertion est inexacte relativement à la chorée récente. M. Rufz a entendu dire que les enfants affectés de cette maladie sont plus capricieux et plus difficiles à gouverner que les autres, ce que l'on pouvait facilement prévoir d'après ce que j'ai dit plus haut ; mais de là à un affaiblissement de l'intelligence, il y a loin.

[Il est incontestable néanmoins que les cas de chorée grave avec fièvre s'accompagnent quelquefois de délire : dans les chorées chroniques, les troubles partiels de l'intelligence sont assez communs. Dans un mémoire récent, M. Marcé (1) établit la fréquence de la coïncidence des troubles intellectuels avec la chorée, et montre que cette maladie a pu paraître, dans certains cas, une prédisposition à l'aliénation mentale.]

La chorée *n'est pas une affection douloureuse*. Il est constant que toutes ces contractions désordonnées se font non-seulement sans aucune douleur, mais encore sans fatigue. Suivant quelques auteurs cependant, il existerait de la douleur, si ce n'est dans tous les cas, du moins dans la majorité. Selon Lisfranc et M. Serres (2), il y aurait une douleur plus ou moins vive à la partie postérieure et inférieure du crâne ; mais cette opinion, émise à une époque où la localisation des facultés cérébrales préoccupait les esprits, a été reconnue complétement inexacte par l'observation ultérieure. M. Blache a fait à ce sujet une remarque importante, et qui prouve que les auteurs précédents se sont laissé tromper par des coïncidences. Les enfants choréiques peuvent présenter de la céphalalgie comme les autres ; mais, et c'est un fait qu'avait déjà noté le docteur Elliotson, cette céphalalgie se dissipe d'elle-même ou cède facilement aux émissions sanguines locales, sans que la maladie en soit le moins du monde modifiée.

Bien que quelques auteurs aient voulu rattacher à la chorée un certain nombre d'autres symptômes, comme la *cardialgie*, les *palpitations*, la *dysurie*, etc., je ne m'en occuperai pas, parce qu'évidemment ils n'appartiennent pas à cette maladie. Il n'est pas, en effet, un seul cas de chorée simple où l'on en ait constaté l'existence, et de plus tous les auteurs s'accordent à dire que, dans les cas simples dont il s'agit ici, toutes les fonctions s'accomplissent normalement. Dans l'espèce que Bouteille a nommée *deuteropathica*, on remarque, il est vrai, quelquefois des symptômes intestinaux ou autres, mais c'est seulement au début, et parfois comme prodromes. Lorsque la maladie survient dans le cours d'une autre affection, il faut prendre garde de se laisser tromper par des symptômes de cette maladie qui n'appartiennent pas à la chorée. La chorée est une maladie *non fébrile*. J'ajouterai seulement que dans deux cas où aucun caractère rhumatismal n'avait été noté, MM. Smith et Lionel Beale (3) ont vu la *sécrétion urinaire* présenter, suivant eux, les mêmes modifications que dans le rhumatisme articulaire aigu. Sur 1000 parties, ils ont trouvé :

Eau	917,90
Matière solide	82,10
	100,00

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1859, t. XXIV, p. 741.
(2) *Acad. de méd.*, 16 août 1827.
(3) *Union médicale*, 26 juin 1851.

La matière solide se décompose comme il suit :

Urée	41,10
Sels alcalins	12,83
Sels terreux	00,77
Matière animale extractive mêlée à un peu d'acide lithique.	27,40
	82,10

Chorée partielle.—Maintenant que nous connaissons les phénomènes qui caractérisent la chorée générale, il est facile d'indiquer ce qui se passe dans la chorée partielle. Et d'abord je dois dire qu'il résulte des recherches exactes de MM. Rilliet et Barthez que la chorée, limitée à une seule partie du corps pendant tout le cours de la maladie, est beaucoup plus rare qu'on ne le pense généralement. Ces auteurs ayant suivi l'affection dans tout son cours, ne l'ont vue, sur dix-neuf cas, qu'une seule fois limitée à une partie. Dans tous les autres, le trouble de la motilité arrivait à occuper à la fois plusieurs parties des deux côtés du corps. Si l'on a cru qu'il en était autrement, c'est qu'on n'avait fréquemment observé l'affection qu'à une époque assez rapprochée du début.

Lorsque la chorée n'occupe qu'*un seul côté du corps*, soit parce qu'elle doit y rester fixée, soit, ce qui est plus ordinaire, parce qu'elle n'a pas encore eu le temps de gagner l'autre côté, c'est dans le *côté gauche* qu'on l'observe le plus souvent. Dans cette chorée partielle, il y a un contraste frappant entre la rectitude des mouvements des membres du côté droit et la perturbation de ceux du côté gauche. On remarque principalement ce contraste à la face. Il est inutile d'ajouter que c'est l'inverse qu'on observe dans les cas plus rares où la maladie occupe le *côté droit* exclusivement.

On a vu quelquefois la chorée *bornée aux membres supérieurs* et même à *un seul de ces membres*, le gauche principalement. Au début de la maladie, c'est le cas le plus fréquent.

On n'a pas cité d'exemple bien authentique de chorée bornée aux *membres inférieurs* ou à la *face;* car il ne faut pas confondre avec la chorée les *convulsions idiopathiques de la face*, décrites dans un autre article.

Enfin on a cité quelques exemples de chorée occupant un membre supérieur d'un côté et un membre inférieur de l'autre, et d'autres dans lesquels le trouble de la motilité ne se manifestait que dans la station, ou au contraire lorsque le malade était assis; mais ce sont des cas plutôt curieux qu'utiles à connaître.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

De la description précédente il résulte que la chorée a, si on la considère d'une manière générale, une marche continue et progressive. On voit en effet, ainsi que l'ont constaté MM. Louis (1), Blache, Rilliet et Barthez, l'affection envahir d'abord le membre supérieur, puis la jambe du même côté, puis les deux autres membres de la même manière, enfin la face, et devenir générale. Si quelques auteurs, et en particulier Sydenham et Bouteille, ont pensé le contraire, c'est qu'ils auront été trompés par quelques cas exceptionnels, ou que les contractions involontaires

(1) Voy. Blache, *loc. cit.*

les muscles des membres supérieurs n'auront pas suffisamment fixé l'attention.)uoique cette marche croissante de l'affection soit incontestable, je dois rappeler :i qu'elle consiste néanmoins dans des mouvements irréguliers qui se produisent de courts intervalles; que par conséquent ce symptôme, considéré isolément, st intermittent, et je dois aussi rappeler cette suspension des mouvements involontaires pendant le sommeil, ainsi que les exacerbations que produisent plusieurs auses signalées plus haut; mais il n'en est pas moins vrai que d'un jour à l'autre ı maladie fait des progrès, et qu'elle est toujours présente, puisque dès le réveil s symptômes se reproduisent. Ce n'est pas comme dans les affections franchement ıtermittentes, dans lesquelles, pendant une partie de la journée ou pendant pluieurs jours, l'organisme revient parfaitement à l'état normal. Cependant il est uelques cas rares où il existe une *intermittence* réelle et *périodique*. Bouteille t M. Rufz en ont cité des exemples; ce dernier auteur a vu, dans un cas, la chorée ébuter à midi et finir à dix heures du soir.

La *durée* de la maladie est variable. M. Rufz a trouvé que, dans les cas de guéson, la durée moyenne a été de trente et un jours; mais dans les cas observés ır M. Dufossé, le terme moyen a été de cinquante-sept jours, et MM. Rilliet et arthez ont vu l'affection durer de six semaines à deux mois et demi.

M. Sée, qui a étudié les faits avec plus de précision, a trouvé que la durée de la ıorée est de soixante-neuf jours en moyenne, et il a vu aussi que le traitement a ;u d'influence sur cette durée, ce que je devrai rappeler plus tard.

Ce que je viens de dire ne s'applique qu'à la forme la plus ordinaire de la chorée, est-à-dire à celle à laquelle on a donné le nom de *chorée aiguë*. Dans quelques ıs, cette affection persiste pendant plusieurs années; c'est la *chorée chronique*, ui, d'après la remarque de la plupart des auteurs, est partielle, et dans laquelle s membres affectés peuvent présenter des chairs flasques et molles, et un amaigris;ment prononcé. Les cas de ce genre sont exceptionnels.

La chorée *se termine* ordinairement par la guérison, et la diminution de ses ;mptômes est progressive. Cependant les cas de mort ne sont pas extrêmement ares; MM. Rilliet et Barthez, qui ont fixé leur attention sur la terminaison funeste, expriment ainsi à ce sujet : « Dans les cas, disent-ils, où la chorée doit avoir une ısue funeste, on voit les mouvements acquérir progressivement une violence excesive, on a peine alors à contenir les jeunes malades, même en employant une force onsidérable. Ils brisent les liens dont on les entoure, se roulent en bas de leur lit, n un mot le désordre des mouvements est presque aussi grand que celui qu'on bserve dans certaines attaques d'épilepsie; puis subitement la violence des contracions diminue pour faire place à des soubresauts de tendons, l'intelligence est abolie, s *pupilles sont contractées*, la mâchoire serrée, la respiration difficile, et la mort ient terminer la scène. » Quelquefois, ainsi que M. Rufz l'a observé, il survient ın calme marqué peu de temps avant la mort; il y a des alternatives de pâleur et de ougeur de la face, les *pupilles se dilatent*, le pouls est insensible. MM. Rilliet et larthez sont portés à attribuer la mort à une asphyxie, sans toutefois éloigner omplétement l'idée d'une syncope. Sur cent cinquante-huit cas rassemblés par I. Sée (1), neuf fois la maladie a été mortelle.

(1) *Loc. cit.*, p. 489.

Les *récidives* sont fréquentes : c'est ce qui résulte des observations de tous les auteurs. Il n'est pas rare de voir la maladie se reproduire à des intervalles variables; quelques mois, un an, deux ans et plus, et cela à plusieurs reprises. Rien ne prouve que, dans les récidives, la maladie devienne plus grave qu'à la première attaque. On n'a cité comme véritable *complication* de la maladie que les convulsions; mais cette complication est rare. Quant à l'apparition de diverses maladies, comme les exanthèmes fébriles, les phlegmasies, etc., elle ne peut être considérée comme une complication réelle. Ce sont des *maladies intercurrentes* qui, suivant la plupart des auteurs, et M. Rufz en particulier, n'ont aucune influence sur la marche de la maladie. MM. Rilliet et Barthez, examinant attentivement les faits, ont trouvé que cette proposition est trop exclusive, car ils ont vu ces affections, et surtout les exanthèmes fébriles, tantôt modérer, tantôt exaspérer momentanément les mouvements choréiques.

Mais M. Sée (1), qui a étudié la question bien plus attentivement et à l'aide d'un plus grand nombre de faits, est arrivé aux résultats suivants : 1° Dans la période d'invasion d'une fièvre quelconque, les symptômes choréiques, loin de s'amender, augmentent; 2° quand la fièvre décline, les symptômes choréiques diminuent avec elle; 3° si ce n'est qu'une rémission, ces symptômes ne disparaissent pas complétement et augmentent de nouveau à la reprise de la fièvre; 4° quand la fièvre se dissipe complétement, la chorée disparaît avec elle. C'est seulement de cette manière qu'il faut entendre l'aphorisme d'Hippocrate : *febris spasmos solvit.*

§ V. — Lésions anatomiques.

Parmi les lésions anatomiques qu'on a citées comme appartenant à la chorée, il en est quelques-unes qui paraissent avoir un rapport réel avec les symptômes de cette maladie, et un assez grand nombre qu'on doit regarder comme étrangères à l'affection. Parmi les premières, je citerai l'inflammation des tubercules quadrijumeaux signalés par M. Serres, une concrétion crétacée du cerveau trouvée par M. Rufz, l'hypertrophie de la couche corticale de cet organe (Hatin), l'hypertrophie de la moelle (Monod), et quelques autres lésions des centres nerveux. Parmi les secondes, on trouve des lésions du cœur, du péricarde, les vers intestinaux, etc. Ce qui jette du doute sur l'importance de ces lésions anatomiques dans la névrose dont nous nous occupons, c'est que, dans un nombre considérable de cas rapportés par MM. Hawkins (2), Behrend, Ollivier, Rufz, Blache, Gendron, Rilliet et Barthez, etc., on n'a trouvé aucune lésion appréciable, quoique la maladie fût des plus violentes. Mais il est un autre point qu'il importe beaucoup d'examiner : c'est l'existence des lésions qu'on peut rapporter au rhumatisme. M. Sée nous a fourni sur ce point les documents les plus importants. Il résulte de ses recherches que, sur 84 cas, 34 fois on trouva des lésions des séreuses (arachnoïde, péricarde, synoviale); etc., qu'on pouvait rapporter au rhumatisme; que 34 fois il y avait d'autres lésions plus ou moins importantes occupant le système nerveux, et que 16 fois seulement on ne trouvait aucune espèce d'altération, dans quelque point du corps que ce fût.

(1) *Loc. cit.*, p. 413.
(2) *The London med. and phys. Journ.*, 1827.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Comme M. Blache, je pense qu'il est absolument inutile de s'étendre sur le diagnostic de cette affection qui se distingue par les caractères les plus tranchés; il me suffira de citer le passage suivant de cet auteur : « Les symptômes de cette maladie sont, dit-il, si remarquables, qu'il serait difficile de la méconnaître. L'absence de la fièvre, du coma ou du délire, et de la roideur tétanique, sont des signes très propres à séparer la chorée de toute autre affection de l'axe cérébro-spinal.

» C'est à tort, selon nous, qu'on a cru pouvoir rapprocher de la chorée le *béri-béri*, le *branlement de tête des vieillards*, *certains tremblements nerveux* qui succèdent aux excès vénériens ou à l'abus des liqueurs spiritueuses; celui que présentent les ouvriers qui manient les préparations saturnines ou mercurielles, et quelques *tics douloureux* dont les symptômes diffèrent essentiellement. »

Pronostic. — Nous avons vu, en parlant de la terminaison de la maladie, que la guérison est l'issue la plus ordinaire de cette affection; par conséquent, on peut dire d'une manière générale que le pronostic est peu grave; mais nous avons vu aussi que, dans un certain nombre de cas, on a observé la terminaison par la mort. Il est rare qu'il en soit ainsi dans les cas de chorée idiopathique; cependant on a cité quelques exemples de terminaison funeste de ce genre. Quelles sont les conditions dans lesquelles la maladie prend ainsi une gravité inaccoutumée? C'est ce qui n'a pas été parfaitement établi. On a attribué à certaines causes, comme à la masturbation, une influence fâcheuse sur l'issue de l'affection; on a dit qu'elle était plus grave lorsque les facultés intellectuelles se trouvaient antérieurement affectées; mais ce sont des assertions qui, pour être définitivement acceptées, ont besoin de s'appuyer sur un plus grand nombre de faits.

Il est évident que la chorée qui est liée à une altération plus ou moins profonde du cerveau ou de la moelle est la plus grave de toutes. On a lieu de redouter une terminaison funeste, lorsque les convulsions deviennent incessantes et que la respiration s'embarrasse. Quand les mouvements involontaires sont remplacés par des soubresauts des tendons, la mort est imminente. Suivant le docteur Elliotson, lorsque la maladie survient chez des personnes âgées et chez des individus du sexe masculin, elle a plus de gravité. Le même auteur ne l'a jamais vue guérir lorsqu'elle occupait un seul bras, la tête ou quelques-uns des muscles de la face (1). On l'a vue souvent cesser à l'époque de la puberté et de la première éruption du flux menstruel. On a cité des exemples de chorée passée à l'état chronique ou dégénérant en une affection nerveuse plus grave; mais ces faits ont besoin d'être mieux étudiés.

§ VII. — Traitement.

Avant d'aborder le traitement de la chorée, j'ai à reproduire une réflexion que j'ai déjà plusieurs fois présentée à l'occasion du traitement des névroses dont j'ai tracé l'histoire, et qui se présentera encore à propos des névroses qui nous restent à étudier. Bien des médicaments divers ont été proposés, mais nous ne possédons pas de travail exact et rigoureux qui nous fasse connaître la valeur réelle

(1) Voyez Blache, *loc. cit.*

de chacun d'eux. En faveur de ces divers remèdes, on a cité des faits de guérison; mais en est-il qui réussissent mieux et plus promptement que les autres? Est-il des cas particuliers dans lesquels telle médication est plus particulièrement recommandée? Voilà des questions auxquelles ne répondent presque jamais les travaux des auteurs. Nous est-il possible de suppléer à ce silence des observateurs? Non, évidemment, d'une manière complète. Personne plus que nous ne désirerait pouvoir fournir au praticien des indications très précises, et lui dire : Voilà, dans un cas donné, le meilleur moyen à employer. Mais comment arriver à ce résultat, lorsque chacun se contente d'enregistrer quelques succès, sans parler le plus souvent de ses revers, et surtout sans indiquer le temps nécessaire pour la guérison dans les diverses catégories de cas et suivant les remèdes employés? Lorsqu'il se présente quelque travail qui peut, en tout ou en partie, résoudre ces difficultés, je l'accepte avec empressement, et j'en fais mon profit; mais les travaux de ce genre sont bien rares. Je serai obligé de me borner le plus souvent, dans les détails qui vont suivre, à faire connaître la manière d'agir des médecins qui se sont particulièrement occupés de la chorée, me contentant de signaler d'une manière spéciale les moyens qui comptent pour eux les faits pratiques les plus nombreux et les plus authentiques.

Émissions sanguines. — On sait que Sydenham recommande avec instance les *saignées* abondantes qu'il associait aux purgatifs répétés. Bouteille a aussi attribué une efficacité marquée à la saignée; mais au lieu de saignées nombreuses et abondantes, il se contente d'une, deux ou trois, modérées, suivant la force du sujet. Aujourd'hui il est peu de médecins qui aient recours aux émissions sanguines générales, à moins d'indications particulières. Si, avec les signes qui annoncent la pléthore, on observe une céphalalgie de quelque intensité, on recommande de tirer un peu de sang aux malades, mais on ne compte guère sur ce moyen pour la guérison de la chorée. M. Serres ayant, ainsi que nous l'avons dit plus haut, remarqué l'existence de douleurs occipitales et l'inflammation des tubercules quadrijumeaux, conseille l'emploi des *sangsues* appliquées au portour de l'occipital. Cette pratique est très peu employée par d'autres médecins, et elle n'a paru à M. Serres lui-même réussir que dans les cas de chorée récente. Le docteur Peltz (1) veut qu'on applique les sangsues aux tempes, en même temps qu'on emploie les purgatifs et les pédiluves sinapisés. Enfin d'autres médecins recommandent l'application des sangsues le long de la colonne vertébrale, et le docteur Bertini en particulier (2) veut qu'on les place aux lombes et au sacrum, où il a constaté l'existence d'une douleur notable. En somme, les émissions sanguines, à moins de circonstances particulières, ainsi que je le disais tout à l'heure, ne sont pas, à beaucoup près, un des remèdes les plus fréquemment employés.

Tartre stibié à haute dose. — Déjà Rasori avait conseillé le tartre stibié à haute dose dans le traitement de la chorée. Laënnec l'employa dans un cas à une dose très considérable, puisqu'il en administra jusqu'à 90 centigrammes par jour à une fille de vingt ans. Dans un cas il y eut un soulagement très notable, car la malade, qui avait, au commencement du traitement, des contractions involontaires de presque

(1) *Nouv. biblioth. méd.*, t. III.
(2) *Repert. med.-chir. di Torino*, 1825.

tous les muscles, pouvait broder lorsqu'elle quitta l'hôpital. Elle n'eut pas d'évacuations (1).

Breschet a employé le même moyen, en y joignant les purgatifs drastiques sous forme de pilules, ainsi qu'il suit :

℞ Aloès ou gomme-gutte	....	} ââ parties égales.
Scammonée	....	
Calomel	....	

Mêlez. F. s. a. des pilules de 8,15 grammes. Dose : une toutes les trois heures, en alternant avec la potion stibiée. On s'arrête lorsque l'effet drastique est suffisant.

Breschet a rapporté trois cas de guérison par ces moyens qui déterminaient des évacuations nombreuses.

[D'autres médecins, tels que M. Barbaud (de Bourg), employèrent vers la même époque (1821) l'émétique à haute dose. En 1857, M. Bouley, médecin de l'hôpital Necker, administra, en pareil cas, l'émétique aux doses suivantes : le premier jour, 0gr,50 dans un julep, en une demi-heure ; le lendemain, 1 gramme ; et si la chorée résiste, le troisième jour, 1gr,50 en deux heures. Des vomissements bilieux et des évacuations abondantes ont lieu ; il s'établit un véritable flux cholérique, qui ne laisse aucun répit au malade. A la suite de ces violentes secousses, les malades tombent dans une prostration excessive, et ils osent à peine faire un léger mouvement de tête, tant ils craignent de provoquer les vomissements. En moins de vingt-quatre heures quelquefois, la chorée a cédé. Cependant on a observé des récidives. D'ailleurs peut-être cette méthode n'est-elle pas sans danger. Depuis lors, un médecin de l'hôpital des Enfants malades, M. Gillette, a employé le même médicament, mais d'une autre façon. Cette pratique est exposée dans la thèse de M. Bonfils (1858), lequel a fait lui-même quelques essais dans ce sens. Voici en quoi consiste cette méthode. Après s'être assuré que le tube digestif ne présente aucun trouble fonctionnel qui soit une contre-indication, on administre l'émétique ainsi qu'il suit : on le donne pendant trois jours en augmentant la dose, qui est, le premier jour, de 0gr,20, à prendre dans les vingt-quatre heures ; de 0gr,40 le second jour ; de 0gr,60 le troisième jour. Après ces trois jours, on suspend l'emploi de l'émétique. On laisse reposer le malade, et si la maladie persiste, on reprend le taitement quelques jours plus tard. On procède ainsi par séries de trois jours, séparées par un intervalle de repos plus ou moins long, et qui est de deux à six jours. Le médicament est administré par petites doses, dans une potion gommeuse. Le but est d'obtenir la tolérance. C'est ce que cherchait Laënnec, tandis que M. Bouley cherche la perturbation. La tolérance s'établit bien si l'on ne donne une cuillerée de la potion que toutes les deux heures ; on évite ainsi les vomissements et les nausées. La diarrhée ne résulte pas nécessairement de cette médication. On n'a pas observé de rougeur survenant dans la bouche ou sur la muqueuse pharyngienne. Ordinairement le ralentissement du pouls est très marqué, surtout le troisième jour. Ce ralentissement est en général dans la proportion suivante, de 85 à 76, de

(1) *Mémoire sur l'emploi du tartre stibié à haute dose, d'après des faits recueillis à la clinique de Laënnec*, par M. Delagarde (*Arch. gén. de méd.*, Paris, 1824, t. IV, p. 481). — Bayle, *Bibliothèque de thérap.* Paris, 1828, t. I, p. 265.

72 à 60, c'est-à-dire que le malade perd environ 10 ou 12 pulsations. L'état général n'est jamais sensiblement troublé. L'amélioration de la maladie est d'abord très légère, mais elle suit une marche progressive, et la guérison est prompte. Sur dix cas, neuf fois la guérison a été obtenue, et la moyenne du traitement a été de seize jours et demi, le minimum étant quatre jours et le maximum vingt-quatre. La médication formulée par M. Gillette paraît appelée à rendre de très grands services.]

Purgatifs.—Nous avons vu plus haut que Sydenham joignait l'emploi des purgatifs à celui des émissions sanguines abondantes. Plusieurs auteurs ont recommandé l'usage des purgatifs seuls, et ont, comme ceux que je viens de citer et comme ceux que je citerai plus loin, rapporté des exemples de guérison par ce moyen. Hamilton (1) veut que, dans cette médication, on ait égard aux deux périodes qu'il reconnaît à la marche de la chorée. Dans la première période, il prescrit les purgatifs doux (le *calomel*, l'*huile de ricin*, le *sulfate de soude*, *de magnésie*), et dans la seconde, il a recours à des purgatifs énergiques (*aloès*, *coloquinte*). Ce qu'il recommande surtout, c'est qu'on ne mette pas d'interruption dans l'emploi de ce moyen, et qu'on n'y renonce pas avant que la guérison soit complète. Ce traitement est approuvé par le docteur Chapman (2). Le docteur Bardsley (3) a également préconisé l'emploi des purgatifs, et a cité des cas où ils ont seuls procuré la guérison; mais le plus souvent il a été obligé de recourir à d'autres moyens actifs, ainsi que d'autres auteurs, qu'il serait par conséquent inutile de citer.

Narcotiques. — Les narcotiques ont été moins fréquemment et moins généralement employés dans la chorée que dans beaucoup d'autres névroses. L'*opium*, le *datura stramonium*, la *belladone*, sont ceux qui ont été le plus souvent prescrits; mais comme leur mode d'administration ne présente rien de particulier, je n'insiste pas. J'ajoute seulement que l'opium doit être employé à assez haute dose, et que M. Mault (4), ayant inutilement employé diverses médications chez une choréique, appliqua sur le trajet de la colonne vertébrale *un vésicatoire* de huit pouces de long sur un de large, et le pansa avec un linge recouvert d'une légère couche d'*extrait de belladone*. Ce linge ne fut laissé qu'une heure en place; quatre heures après il restait à peine quelques traces de convulsions. Quelle est, dans ce cas, la part du vésicatoire?

Atropine.—Des expériences de MM. Bouchardat et Stuart Cooper (5), il résulte que l'*atropine* peut remplacer avantageusement la belladone. Voici les diverses manières d'employer ce médicament:

On débutera par la dose de 2 milligrammes par jour, qu'on portera graduellement jusqu'à celle de 5 ou 6 milligrammes, ou même de 1 centigramme dans les vingt-quatre heures, en surveillant attentivement son action. Cette application doit être faite sur la peau nouvellement dépouillée de son épiderme. On se

(1) *Observ. on the empl. of purgatives.*
(2) *Elements of therapeut.*, t. I.
(3) *Hosp. facts and observ.*, etc. London, 1830.
(4) *The Lancet*, et *Bulletin génér. de thérap.*, 25 juillet 1850.
(5) *Recherches physiol.*, *thérap. et pharm. sur l'atropine* (*Gazette méd. de Paris*, 1848).

ppellera que la surface d'un vésicatoire n'absorbe activement que pendant trois ı quatre jours.

Teinture d'atropine.

Atropine................. 1 gram. | Alcool à 85°............... 100 gram.

Faites dissoudre. On la prescrit en potions à la dose d'une à 10 gouttes. Chaque goutte ›ntient environ un demi-milligramme d'atropine.

Sirop d'atropine.

Atropine................................ 1 décigram.

Faites dissoudre dans :

Eau.. 10 gram.

l'aide d'une gouttelette d'acide chlorhydrique. Mêlez avec :

Sirop de sucre .... 1 000 gram.

100 grammes de ce sirop contiennent un centigramme d'atropine. On le prescrit à la dose 20 grammes pour commencer.

Antispasmodiques. — Les antispasmodiques sont d'un usage plus répandu. Je terai d'abord la *valériane*, que Guersant recommande particulièrement. Ce mé-ecin conseille de l'administrer d'abord à la dose de $0^{gr},75$ à $0^{gr},90$ par jour, puis augmenter rapidement cette quantité de manière à arriver promptement à celle ; 4, 8, 12 grammes par jour et plus chez les sujets plus âgés. Presque tous les ıfants, dit M. Blache, la prennent sans dégoût, si l'on a soin de l'unir à du miel ı à des confitures (1).

Le *camphre* est regardé par Poissonnier-Desperrières comme un des meilleurs édicaments contre la chorée. Il conseille de le donner en lavement, dissous dans le une d'œuf. On a également administré le camphre par la bouche. Je citerai plus in, à l'occasion du nitrate d'argent, la composition des pilules de M. Mérat, dans squelles entre cette substance.

L'*asa fœtida* est prescrite particulièrement par MM. Jadelot et Fouquier. Voici ; que dit à ce sujet M. Blache : « Bayle et M. Jadelot ont prescrit avec succès *asa fœtida* depuis $0^{gr},10$ à $0^{gr},15$ jusqu'à $1^{gr},25$ et $1^{gr},50$ par jour *chez des en-ınts de dix à quinze ans*. J'ai vu aussi M. Fouquier donner ce médicament avec rantage, mais à plus haute dose : les malades en prenaient jusqu'à 4 grammes et lus dans les vingt-quatre heures. » Le docteur Vauters (2) administre cette sub-ance de la manière suivante :

℞ Asa fœtida............. 15 gram. | Eau.................. 500 gram.

Passez. A prendre 60 grammes toutes les deux heures.

Plusieurs autres antispasmodiques, et en particulier les *préparations de zinc*, ont ncore été prescrits ; je me contenterai d'ajouter à ce qui précède une formule de chneider, qui contient plusieurs de ces substances :

(1) *Bulletin des sciences méd.*, t. VIII.
(2) Voy. *Med. Conversationsblatt*, 1831.

℞ Asa fœtida............ Racine de valériane pulv.	ãã 12 gram.	Castoréum.................	2,50 gram.
		Extrait de belladone..........	0,25 gram.
Oxyde de zinc..........	1,25 gram.	Extrait de camomille.........	Q. s.

Faites des pilules de 0,10 grammes. Dose : six par jour, dans une infusion de valériane, de camomille et de chenopodium ambrosioides.

Quelle est la valeur réelle des antispasmodiques ? C'est ce qu'il est impossible de dire en l'absence de renseignements plus positifs que ceux que nous possédons. On ne peut guère douter qu'ils n'aient des avantages ; mais comme c'est une question de comparaison, et que les points de comparaison nous manquent, nous ne pouvons pas connaître leur efficacité réelle.

Chloroforme. — Cette médication a été préconisée d'abord en France par M. Prévost (d'Alençon), dans sa thèse inaugurale (1851). Elle paraît avoir été employée en Angleterre dès les premiers temps de la découverte du chloroforme. M. le docteur Géry a fait sa thèse inaugurale, en 1855, sur le traitement de la chorée par le chloroforme. L'auteur propose de n'employer cet agent anesthésique que dans les cas où les mouvements choréiques ont une très grande intensité, et rapporte plusieurs observations favorables à cette méthode de traitement.

Ferrugineux. — Parmi les médicaments préconisés, il en est peu qui l'aient été plus que les ferrugineux, et en particulier le *carbonate de fer*. Le docteur Elliotson (1) accorde surtout une très grande confiance à cette substance, et veut qu'on la donne à des doses très considérables. Il la prescrit tout d'abord à la dose qu'il juge convenable d'atteindre, et qui n'est pas moindre de 8 grammes toutes les six heures chez un enfant de huit ans, et 15 grammes trois fois par jour chez un enfant de seize ans. On fait incorporer le médicament dans la mélasse ou le miel. Il faut avoir soin de *tenir le ventre libre*, pour que le médicament ne cause pas d'accidents.

Est-il nécessaire de donner une aussi haute dose de carbonate de fer ? Je ne le pense pas, car les recherches sur l'absorption de cette substance ont prouvé que, lorsqu'on dépasse trois ou quatre grammes, la plus grande partie du médicament s'en va par les selles.

Nous avons vu, en parlant des causes, qu'on a attribué à la menstruation difficile la production de la chorée dans quelques cas; il est évident qu'en semblable circonstance les ferrugineux sont plus particulièrement indiqués. C'est ce qui explique en partie les succès d'Elliotson, de MM. Baudelocque, Hutchinson, etc. On peut, dans ce cas, prescrire les ferrugineux, comme dans la chlorose (2) : ainsi la *limaille de fer*, les *pilules de Vallet*, de Blaud, etc.

Nitrate d'argent. — Le nitrate d'argent a été conseillé par Priou, Franklyn et quelques autres auteurs. Voici les pilules de M. Mérat, dont j'ai parlé plus haut :

℞ Extrait aqueux d'opium...	1,50 gram.	Nitrate d'argent fondu....	0,15 gram.
Camphre en poudre......	2,50 gram.	Sirop simple...........	Q. s.

F. s. a. cinquante pilules. Dose : d'abord une, puis deux par jour.

(1) *Med. chir. Trans.* London, 1825, t. XIII, p. 232.
(2) Voyez l'article consacré à cette affection.

Arsenic. — L'*arsenic* a été employé avec succès contre la chorée rebelle ; déjà usieurs médecins anglais, et Guersant, avaient obtenu des succès par ce moyen ; M. Henoch et Homberg (1) ont cité des cas très concluants en faveur de ce reède. C'est la *solution de Fowler* qui est employée par eux, et voici comment ils dministrent (2) :

On mélange ensemble une drachme de solution de Fowler et une drachme d'eau stillée. On en fait prendre 4 gouttes trois fois par jour avec de l'eau. L'enfant end donc chaque fois la soixante-septième partie d'un grain d'acide arsénieux n gros et demi de la solution contenant un grain d'acide arsénieux, et 90 gouttes nstituant un gros de cette solution. On porte ensuite la dose à 5, puis à 6 gouttes. 1 suspend l'administration du médicament s'il survient des symptômes d'intoxition, et surtout des nausées, des vomissements, de la diarrhée, ou des douleurs dominales.

M. Rayer (3) a traité par l'*arsenic*, à la dose de 0,0015 grammes à 0,0050 grammes, e chorée qui datait de quatre ans, et qui avait résisté aux traitements les plus riés. A l'époque où le fait a été publié, on avait obtenu une amélioration des plus andes, mais non une guérison complète.

Sans citer aucun fait, le docteur Oke (4) dit avoir employé avec succès, dans des s désespérés, l'*iodure de potassium* qu'il prescrit ainsi :

Eau distillée de menthe poivrée.	75 gram.	Iodure de potassium...........	1,25 gram.
Sirop d'oranges.............	15 gram.		

Une cuillerée à bouche trois fois par jour dans un peu d'eau.

Moyens divers. — Pour terminer ce que j'ai à dire des moyens administrés à ntérieur, je me contenterai d'indiquer un certain nombre de médicaments conillés par quelques auteurs recommandables, mais sur lesquels l'expérience n'a pas ffisamment prononcé. Ce sont la *racine d'armoise*, préconisée par Bonorden, *cide sulfurique* (Hildenbrand), l'*éther* (id.), les *fleurs de cardamine* (Michaelis), *uile de térébenthine* (Murchison), le *narcisse des prés* (Purché), le *cuivre ammiacal* (Willan), etc. L'efficacité de tous ces moyens est très douteuse. Je crois anmoins devoir mentionner, avec un peu plus de détail, certaines substances qui t pour elles l'approbation d'un plus grand nombre de médecins.

Et d'abord je dirai un mot de l'*iode*. Le docteur Manson a employé ce médicant chez 72 sujets, et en a guéri environ la moitié. Cette proportion n'est évimment pas favorable à ce moyen. Si les malades présentent quelques traces de ofules, l'indication de cette substance est plus précise. On a conseillé de donner *einture d'iode* à la dose de douze à dix-huit gouttes dans une infusion de feuilles ranger.

La *noix vomique* a été aussi mise en usage. Nieumann conseille les pilules suintes :

℞ Asa fœtida............	6,25 gram.	Extrait de noix vomique....	1,25 gram.

Faites des pilules de 0,05 grammes. Dose : de six à dix par jour.

(1) *Casper's Wochenschrift*, 1848.
(2) *Journal des connaiss. méd.-chir.*, octobre 1848.
(3) *Union médicale*, 7 mars 1848.
(4) *Provinc. Journ. of med.*, et *Bulletin génér. de thérap.*, 30 octobre 1852.

MM. Cazenave et Lejeune ont cité des cas de succès par la noix vomique.

Dans un cas où la chorée avait succédé immédiatement à un rhumatisme articulaire aigu, M. Aran donna le *sulfate de quinine* et la guérison fut prompte (1).

Médication externe. — Un moyen qui tient une grande place dans la médication externe consiste dans l'emploi des bains froids et des affusions froides ; il est donc important d'entrer dans quelques détails à ce sujet.

Bains froids, affusions froides ; bains de rivière, de mer, d'ondée ; bains tièdes. — Déjà Dumangin et Bayle avaient employé avec succès les *bains froids*. On sait que ce moyen était celui que Dupuytren mettait en usage de préférence. Ce chirurgien avait pour coutume de faire prendre les bains froids *par immersion et par surprise :* pour cela, après avoir rempli une baignoire d'eau froide, deux aides prennent le malade par les pieds et par les épaules, et le plongent rapidement dans l'eau, puis le retirent au bout de peu d'instants, le replongent de nouveau, et ainsi de suite, à plusieurs reprises, suivant l'action plus ou moins énergique que l'on veut produire. On peut remplacer ces bains de surprise par des *affusions froides*, que l'on administre en jetant plusieurs seaux d'eau sur le malade placé dans une baignoire vide. Les *bains de rivière*, lorsque la saison le permet, et surtout les *bains de mer par immersion et à la lame*, agissent de la même manière, et ont procuré d'assez nombreux succès. Biett (2) a mis en usage des *bains d'ondée ou de pluie*.

On a cité, en faveur de tous ces moyens, des exemples de guérison ; mais lorsque la saison est rigoureuse, et dans certaines circonstances facilement appréciables par le médecin, il est impossible d'avoir recours aux bains froids ; alors on a conseillé les *bains tièdes*, et Dupuytren lui-même les employait en pareil cas. Le docteur Avy a mis en usage les bains tièdes, pendant lesquels il faisait *projeter de l'eau froide sur la tête*.

Si maintenant nous voulons apprécier cette médication, nous devons d'abord faire remarquer qu'on lui a presque toujours associé l'emploi de plusieurs autres moyens qui ont pu agir pour leur part ; néanmoins on ne peut douter qu'elle n'ait une grande valeur dans le traitement de la chorée.

Strychnine. — M. Trousseau (3) emploie la strychnine d'une manière très hardie, et comme il regarde ce traitement comme héroïque, je vais l'exposer en détail.

« Une préparation commode à manier, et qui a servi seule au traitement des quatre malades qui, cette année, sont entrés dans le service, est le *sirop de sulfate de strychnine,* formulé et préparé comme l'indique M. Trousseau dans son ouvrage de thérapeutique. Il contient 5 centigrammes de sulfate pour 100 grammes de sirop de sucre. Il est amer ; mais les enfants n'ont pas trop de répugnance à le prendre. Jamais on ne trouve ce sirop préparé dans les officines ; aussi doit-on, quand on le formule, bien expliquer que c'est du *sirop de sulfate de strychnine*, et non du *sirop de strychnine*, que l'on désire.

» En tenant compte de l'âge de l'enfant, on donne le premier jour deux ou trois

(1) *Bulletin génér. de thérap.*, 15 août 1852.

(2) *Bulletin de thérap.*, t. VI.

(3) *Traitement de la danse de Saint-Guy par la strychnine* (*Union médicale*, 29 septembre 1846).

cuillerées à café de sirop. Tous les jours on augmente le nombre d'une cuillerée jusqu'à ce que l'on soit arrivé à six; alors on substitue chaque jour à une cuillerée à café une cuillerée à dessert. Quand on atteint le nombre de six, on remplace les cuillerées à dessert par les cuillerées à bouche. Arrivé à six cuillerées à bouche, le médecin doit en augmenter le nombre, mais d'une manière plus lente, en mettant un ou deux jours d'intervalle. Pour les enfants qui ont été soignés par cette méthode, la limite a été de sept, neuf et dix par jour. Ces doses doivent être régulièrement espacées dans les vingt-quatre heures. C'est donc environ toutes les quatre heures que l'on doit donner du sirop. Telle est la partie du traitement qui appartient à la garde-malade; je l'ai dégagé de toutes les considérations physiologiques qui doivent l'entourer, afin de faire voir combien il serait difficile de formuler chez le pharmacien des doses aussi lentement, aussi régulièrement croissantes.

» Dès que le traitement est commencé, il faut être incessamment à la recherche des signes qui indiquent que le médicament agit, et qui guident dans la conduite à tenir. Il faut que la dose soit élevée jusqu'à produire des roideurs tétaniques légères. Ce point ne peut être trouvé du premier coup; c'est par le tâtonnement que l'on doit aller à sa recherche, et la méthode que j'indiquais plus haut sert parfaitement pour cela (1). Les personnes qui entourent habituellement les malades doivent être instruites de ce qui doit arriver. Il est, en effet, important de ne plus augmenter les doses dès que les roideurs apparaissent, et de rester encore un peu en deçà de la dose qui a produit cet effet. Il serait d'ailleurs imprudent de ne pas avertir les parents, qui, toujours prompts à s'effrayer, ont, dans le cas qui nous occupe, de justes motifs pour l'être.

» Un des signes précurseurs des effets tétaniques, un des premiers effets de la strychnine, c'est la démangeaison du cuir chevelu et de la peau. Les muscles masséters sont les premiers atteints par le médicament; aussi doit-on s'enquérir souvent si les malades éprouvent de la difficulté à ouvrir la bouche. Quand on a obtenu ces effets physiologiques, on continue la dose qui les a produits; mais qu'on se garde de l'augmenter, car la strychnine est un des médicaments qui présentent au plus haut point cette propriété d'ajouter son action aux actions précédentes, ou d'accumuler ses actions; rarement les malades s'accoutument à elle, et presque toujours quand on a atteint la dose tétanique, on peut y rester et obtenir des effets.

» Bien qu'on reste à la même quantité, on voit cependant des effets bizarres se produire; ils montrent combien il est urgent d'agir avec prudence. On observe dans quelques cas, après avoir obtenu de la roideur, un intervalle de deux ou trois jours dans l'action du médicament, quoique rien ne soit changé dans son mode d'administration; puis tout à coup, sans cause appréciable, les roideurs se présentent avec une intensité qui effraye et les parents et le médecin lui-même. Il semble que le temps d'arrêt a été un temps d'accumulation. Dans d'autres cas, les effets et les doses restant les mêmes, et non interrompus, on voit les premiers beaucoup plus

(1) Il est, jusqu'à un certain point, inutile de s'enquérir de la quantité du principe immédiat que les malades prennent. La chose serait d'ailleurs bien facile, en se reportant à la composition du sirop et en voyant quel nombre de cuillerées est donné par jour. Cette méthode a l'avantage de pouvoir être appliquée à tous les organismes, dont la susceptibilité pour le médicament est très variable. On peut établir pourtant que la dose devra varier entre 2 et 10 centigrammes de sel par jour.

forts un jour que l'autre; si bien que l'on serait tenté de chercher si les conditions météorologiques n'ont pas eu leur part d'influence dans ce que l'on observe. Toutes ces bizarreries, ces boutades d'action, si je puis ainsi dire, doivent être connues du médecin, qui sentira dès lors quelle importance il doit attacher au tâtonnement qui doit le conduire à la dose tétanique.

» Pour que la médication ait une influence complète, il faut continuer la dose tétanique pendant plusieurs jours après la cessation des accidents. En recommençant ainsi la médication pendant un temps bien plus court, quand semble revenir le mal, on peut arriver à conjurer les récidives. C'est la règle que s'impose M. Trousseau dans sa clientèle, règle qu'il est, sinon impossible, du moins très difficile de mettre en pratique à l'hôpital. »

Telle est cette médication. L'observation ultérieure fera connaître quel est son degré réel d'efficacité; car les cas observés par M. Trousseau ne sont pas encore assez nombreux.

J'ajoute que M. le docteur Forget (1) (de Strasbourg) cite également un cas de guérison par la strychnine, qu'il administre ainsi :

℞ Strychnine...........	0,05 gram.	Extrait de réglisse.......	1,00 gram.

M. Faites seize pilules. Dose : une matin et soir ; augmenter d'une pilule par jour, puis de deux, selon l'effet obtenu.

M. Chevandier (2), ayant employé chez quatre choréiques le traitement indiqué par M. le professeur Forget, lui attribue également de bons effets.

Enfin, un fait à l'appui de cette médication a été cité depuis par M. Laudrel (3), qui, sous son influence, vit se terminer en douze jours un cas de chorée qui jusqu'alors avait résisté au traitement par la belladone et les bains frais. Mais nous verrons plus loin combien il faut être réservé dans son jugement sur les effets des diverses médications dirigées contre la chorée.

M. Corrigan (4) a employé le *haschisch* contre la chorée, et l'a vu réussir dans plusieurs cas; il donne la teinture à la dose de 8 à 30 gouttes.

M. le docteur Zabriskii (5) a cité quelques cas dans lesquels le *sanicle du Maryland*, à la dose de 2 grammes de poudre de la racine administrée trois fois par jour dans un peu d'eau, a procuré promptement une guérison complète.

Irritants cutanés. — On a fréquemment mis en usage les irritants cutanés sous diverses formes : ainsi plusieurs médecins conseillent d'appliquer des *sinapismes*, des *vésicatoires*, des *cautères* le long de la colonne vertébrale.

La *pommade d'Autenrieth* a été prescrite en frictions sur le cuir chevelu préalablement rasé, et le long de la colonne vertébrale. Jenner mettait déjà ce moyen en usage; le docteur Æneas Mac-Andrews (6) a suivi cette méthode, ainsi que

(1) *Bulletin génér. de thérap.*, 15 février 1852.
(2) *Union médicale*, 25 mai 1852.
(3) *Journal des connaiss. méd.-chir.*, juillet 1852.
(4) *The Dublin hospit. Gazette*, et *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, juillet 1847.
(5) *American Journ. of med. sciences*, et *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, février 1847.
(6) *London med. and phys. Journ.*, octobre 1826.

I. Byrne (1); enfin le docteur Strambio (2) a cité des cas de guérison par les ictions avec la pommade stibiée, non plus seulement sur la colonne vertébrale, *nais sur toute la surface du corps*. Ce dernier auteur n'a jamais poussé l'application de ce remède jusqu'à la production des pustules; mais il n'en est pas de même es autres, et la douleur que produisent ces pustules, les cicatrices qu'elles laissent près elles, sont de graves objections à adresser à l'emploi de cette pommade, en iveur de laquelle on n'a pas de faits en nombre suffisant.

Electricité, aimant. — L'emploi de l'électricité a pour lui le témoignage de eaucoup d'auteurs, parmi lesquels il faut citer Dehaën (3), Fothergill, Underood, Baumes. On peut mettre en usage la machine ordinaire, l'appareil de Leyde, pile électrique, la galvano-puncture, et surtout les procédés de M. Duchenne. n a eu aussi recours aux *plaques aimantées*. Si je n'insiste pas davantage sur ces oyens, c'est que nous avons besoin, pour les apprécier avec rigueur, de nouvelles :périences.

Bains sulfureux. — C'est M. Baudelocque qui, le premier (4), a conseillé les ins sulfureux multipliés. Ce médecin fait prendre un *bain sulfureux d'une heure durée environ* tous les jours, le dimanche excepté. Il a constaté un assez grand ombre de guérisons rapides, et l'amélioration se manifestait dès le deuxième i le troisième bain. Cependant il a cité des cas où, loin d'être utiles, les bains lfureux ont exaspéré les symptômes, et M. Blache a observé un cas semblable. n doit alors se hâter d'employer ce moyen, et de recourir à ceux que j'ai déjà diqués.

Suivant M. Sée (1), qui a étudié les faits avec attention, la chorée est, comme le disais plus haut, une affection qui presque toujours tend à se terminer par la iérison vers le soixante-neuvième jour, terme moyen. Il en résulte que plus le ébut du traitement s'est rapproché de cette époque, plus l'efficacité des remèdes a l paraître grande, et de là des erreurs qu'on ne pourra éviter qu'en tenant compte : ce fait.

[Les *exercices gymnastiques* sont un moyen très employé aujourd'hui, et qui)nne des résultats évidemment avantageux. Darwin (5) et Mason Good (6) signarent les premiers le parti qu'on pourrait tirer de cette médication. M. Louvetımarre, en 1827, proposa de faire sauter à la corde les enfants atteints de chorée. . Jolly, en 1836 (7), présenta la gymnastique, et notamment le saut à la corde, danse, l'exercice du piano, comme capables de guérir la chorée, sans qu'il fût ›soin d'employer aucun autre remède. M. Bonneau essaya de régler les mouveents avec un métronome. M. Sée a le premier publié sur cette question un méoire appuyé sur des faits nombreux recueillis à l'hôpital des Enfants malades (8), ı le traitement par la gymnastique a été employé depuis 1847 sur la plus grande

(1) *The Amer. Journ. of the med. sciences*, 1828.
(2) *Giorn. annal. di med.*, 1828.
(3) *Ratio medendi*, t. I, *De vi electr.*
(4) Voy. Blache, *loc. cit.*
(5) *Zoonomie*. Gand, 1811.
(6) *Study of medicine*. Londres, 1822.
(7) *Revue médicale*, octobre 1836.
(8) *Mémoires de l'Acad. de méd.*, t. XX, 1850.

partie des enfants atteints de chorée. En 1855, M. Blache a présenté à l'Académie de médecine un mémoire sur ce sujet (1), et indiqué comment devait être appliquée, suivant les cas, cette médication gymnastique. Pour les cas graves, le massage et les frictions, les mouvements cadencés exécutés par une main prudente, conviendront mieux. Sous le rapport de la pratique de ces moyens mécaniques, la médecine française est en retard sur l'Allemagne et la Suède. M. Moynier a publié en 1855 sa thèse inaugurale sur le résultat du traitement de la chorée par la gymnastique et les bains sulfureux. D'après ces relevés statistiques et d'après ceux qu'a donnés M. Blache, la durée moyenne du traitement suivi de guérison, dans la grande majorité des cas, serait de trente-neuf jours. Nous pensons que ce traitement gymnastique convient à la chorée chronique surtout, et donnera, en pareil cas, des succès nombreux et assurés. Il n'en est pas de même de la chorée aiguë et intense, contre laquelle ce moyen est évidemment insuffisant.]

TRAITEMENT DU DOCTEUR BARDSLEY.

« On administre d'abord *les purgatifs seuls, et l'on en continue l'usage jusqu'à ce que les matières alvines aient repris leurs caractères normaux.*

» A cette époque, et quelque faible que soit la diminution des mouvements choréiques, on a recours aux *antispasmodiques*. Ceux auxquels M. Bardsley donne la préférence sont le *musc* et le *camphre* à la *dose de* 0gr,20 *chacun, toutes les cinq heures;* il y joint, pour le soir, un *lavement* composé de :

Mixture d'asa fœtida.. 120 à 150 gram.	Laudanum,........ 20 à 30 gouttes.

» Dans les cas de chorée traitée par les purgatifs seulement, la durée la plus longue du traitement a été de trois mois, la plus courte de trois semaines, et la durée moyenne d'un mois et demi. Dans les autres, la durée la plus courte est de dix jours, la plus longue de deux mois et demi, et la moyenne de trois semaines environ. »

On voit d'après cela qu'on ne doit pas hésiter à employer le traitement mixte, et que les relevés statistiques de M. Bardsley ont une assez grande importance.

J'ajouterai le traitement suivant, quoiqu'il n'ait pas encore la sanction de faits aussi concluants :

M. le docteur Szafkowsti Rufin (2) a cité neuf cas de chorée essentielle qui ont guéri par un traitement qu'il résume de la manière suivante :

« Appliquer quatre ou six sangsues aux apophyses mastoïdes (deux ou trois de chaque côté, suivant la force et le tempérament du malade). Revenir à cette application, mais en très petit nombre, pendant quatre à huit jours consécutifs, suivant les effets qu'on en obtient. Les appliquer tantôt à l'anus, tantôt aux apophyses mastoïdes, si le désordre des mouvements a commencé par les membres inférieurs. Une fois que l'excitation cérébrale est tombée, donner des antispasmodiques (valériane, oxyde de zinc, castoréum), seuls ou combinés ensemble à des doses conve-

(1) *Mémoires de l'Acad. de médecine.* Paris, 1855, t. XIX, p. 598, et surtout le remarquable rapport fait par M. Bouvier (*Bulletin de l'Académie de médecine*), t. XX, p. 833.

(2) *Union médicale*, 25 août 1847.

nable, suivant l'âge, le tempérament du sujet, suivant la violence de la maladie. Cette médication doit être continuée huit jours au moins, et quinze au plus.

» Une amélioration plus ou moins sensible sera obtenue à cette époque : c'est le moment de se servir des purgatifs. On emploie le *sulfate de soude* ou *de magnésie*, à des doses convenables, et toujours pendant deux jours consécutifs, une ou deux fois par semaine, suivant la force et l'état des voies digestives du malade, suivant la violence de la maladie et les effets évacuants de ces sels. Il faut y revenir deux, trois, quatre, cinq, six fois, et toujours pendant deux jours consécutifs, s'il reste quelques mouvements désordonnés dans quelques parties du corps que ce soit. Pour mon compte, je n'ai jamais eu besoin d'y revenir plus de quatre fois ; ordinairement trois fois suffisent. »

Je n'entrerai pas dans de grands détails sur le *régime*, parce qu'il n'offre rien de bien particulier ; je dirai seulement que lorsque la maladie se présente chez des enfants débilités, on doit donner des aliments substantiels, et que, dans les cas où l'on croit devoir mettre en usage le traitement antiphlogistique, on doit en aider l'action par un régime léger.

Il n'y a, pour cette affection, comme pour la plupart des autres névroses, aucune ordonnance à donner. En attendant que des recherches exactes nous aient appris ce qu'il faut faire dans tel cas donné, le médecin doit, je le répète, chercher les indications, et s'il n'en trouve pas d'évidentes, recourir successivement aux diverses médications indiquées plus haut, en commençant par celles que l'expérience nous a appris être le plus fréquemment utiles.

CHORÉES ANOMALES.

On a décrit plusieurs autres espèces de chorées qui sont désignées par les auteurs modernes sous le nom de *chorées anomales*. J'indiquerai les suivantes : 1° La *grande danse de Saint-Guy*, signalée par Wichmann, par Wicke, etc., et qui est remarquable par de violents accès de convulsions ; 2° la *chorée propulsive*, dont on trouve des exemples dans les auteurs qui se sont occupés des maladies du cerveau et de la moelle, et qui consiste à se porter en avant en courant et malgré soi ; c'est là un symptôme de maladies diverses auquel le nom de *chorée* est fort mal appliqué ; 3° la *chorée rotatoire*, à laquelle s'appliquent les mêmes remarques ; 4° la *chorée vibratoire* du même genre ; 5° la *chorée électrique* décrite par les médecins italiens (1), et qui est une maladie encore mal déterminée, ayant des symptômes d'abord comateux, puis apoplectiques, et des accès convulsifs.

Toutes ces affections diffèrent évidemment de la chorée ; leur conserver ce nom et les décrire comme des chorées, même anomales, ce serait perpétuer une confusion fâcheuse. La plupart ne sont que des symptômes de diverses affections des centres nerveux, il suffira de les mentionner quand viendront les descriptions de ces affections. Quant à la *chorée électrique* en particulier, nous sommes encore trop peu fixés sur elle, pour ne pas nous contenter de la mention précédente.

(1) Voy. Rubini, *Giornale di Milano*, 1846 ; Tatti, Sabini, Rotundi, *Annal. di med. d'Omodei*, 1846 et 1847.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Médication interne. — Émissions sanguines; tartre stibié à haute dose; purgatifs; carbonate de fer ou autres préparations ferrugineuses; toniques; narcotiques; antispasmodiques; noix vomique; sulfate de strychnine; arsenic, etc., etc.

Médication externe. — Bains froids; affusions froides; bains de rivière, de mer, d'ondée; bains tièdes; irritants cutanés; électricité; bains sulfureux; gymnastique.

ARTICLE IX.

ÉPILEPSIE.

L'épilepsie est une maladie qui a des phénomènes beaucoup trop frappants pour n'avoir pas été connue et étudiée dès la plus haute antiquité. Tout le monde connaît les passages d'Hippocrate qui se rapportent à cette maladie, et ce serait afficher un luxe d'érudition inutile que de mentionner même les principaux parmi les nombreux auteurs qui nous ont donné des descriptions de cette névrose. Je me contenterai, après avoir cité, parmi les anciens, Arétée, Cælius Aurelianus, et à une époque plus rapprochée, Morgagni et Van-Swieten, de signaler les travaux modernes qui ont jeté le plus de jour sur cette affection. Ce sont ceux d'Esquirol (1), Foville (2), Georget (3), Calmeil (4), Bouchet et Cazauvieilh (5), et surtout de M. Beau, de Leuret de M. Herpin (6) de Genève, et de M. Delasiauve. Les recherches de ces derniers auteurs ont été faites avec tant de soin et de méthode, qu'elles nous fournissent les documents les plus précieux. M. Beau (7) et M. Moreau (8) ont étudié avec le plus grand soin, et à l'aide d'un grand nombre de faits bien analysés, la symptomatologie et l'étiologie de cette affection. Les recherches de Leuret, qui devaient porter sur tous les points de l'histoire de l'épilepsie, n'ont pu être terminées, et ce que nous en connaissons (9) fait bien vivement regretter qu'elles n'aient pas pu être publiées complétement. Leuret n'a traité que des causes prédisposantes, des causes réelles et de la marche de la maladie. M. Herpin s'est surtout occupé du pronostic et du traitement. J'aurai, dans le cours de cet article, à citer un grand nombre d'auteurs, que je n'ai pu faire entrer dans cette énumération.

On a proposé, pour l'étude de l'épilepsie, un bon nombre de divisions. Il serait peu utile de les énumérer ici. La division la plus généralement admise est celle

(1) *Traité des maladies mentales*. Paris, 1838, t. I, p. 274.

(2) *Dictionn. de méd. et de chir. prat.*, art. ÉPILEPSIE.

(3) *Dictionn. de méd.*, art. ÉPILEPSIE.

(4) *De l'épilepsie sous le rapport de son siége*. Paris, 1824.

(5) *De l'épilepsie dans ses rapports avec l'aliénation mentale* (*Archives gén. de médecine*, Paris, 1825, t. IX, p. 410, t. X, p. 5).

(6) *Du pronostic et du traitement de l'épilepsie*. Paris, 1852.

(7) *Rech. statist. pour servir à l'histoire de l'épilepsie et de l'hystérie* (*Arch. gén. de méd.*, t. II, 2e série).

(8) *De l'étiologie de l'épilepsie* (*Mémoires de l'Acad de médecine*, Paris, 1853, t. XVIII, p. 1 et suiv.).

(9) Voy. *Archives générales de médecine*, 4e série, 1845, t. II, p. 32 : *Recherches sur l'épilepsie*.

dans laquelle on distingue une épilepsie *idiopathique* et une épilepsie *symptomatique*. Je dois dire tout d'abord que cette division est parfaitement fondée. Il suffit, pour s'en convaincre, de savoir, d'une part, que, dans un grand nombre de cas, les attaques d'épilepsie ne reconnaissent aucune cause organique appréciable, et d'autre part, de se rappeler que, dans certaines affections chroniques du cerveau et de la moelle (1), ces attaques sont un symptôme évident de la maladie. S'ensuit-il que, dans cet article, je doive décrire séparément l'épilepsie idiopathique et l'épilepsie symptomatique? Non, sans doute : car, en premier lieu, la ligne de démarcation entre ces deux espèces n'est nullement tranchée, et d'un autre côté j'ai dit, dans les articles qui viennent d'être rappelés, ce qu'il importe de savoir relativement à l'épilepsie symptomatique. S'il reste quelque particularité à ajouter, il suffira de la signaler chemin faisant.

Quant aux autres divisions, elles ne méritent pas de mention particulière. On a fondé certaines espèces sur les circonstances particulières dans lesquelles se produit la maladie; mais ce sont là uniquement des questions d'étiologie. On a admis une épilepsie *sympathique* d'une affection étrangère au cerveau : c'est encore une question purement étiologique. En un mot, les diverses divisions qu'on a proposées, dans le but de rendre plus facile l'étude de l'épilepsie, ne font que la rendre plus pénible, en donnant une importance exagérée à des points secondaires.

[L'épilepsie est à elle seule une maladie, ont dit MM. Trousseau et Pidoux. Ce mot fait naître tout à la fois à l'esprit : 1° l'idée d'une modification particulière de l'innervation cérébro-rachidienne, modification grave, profonde, essentiellement chronique et réfractaire, finissant par imprimer aux fonctions, par le trouble intermittent desquelles elle s'annonce, des altérations permanentes et qui oblitèrent toutes les attributions du système nerveux de la vie animale; 2° plus l'idée d'une forme convulsive et apoplectique revenant par accès plus ou moins rapprochés : voilà l'épilepsie, l'épilepsie presque toujours incurable, l'épilepsie essentielle, idiopathique, le véritable *morbus sacer*.]

Dans la description des symptômes, j'aurai à tenir compte de deux *formes* très distinctes de l'épilepsie, c'est-à-dire des *attaques convulsives* et des simples *vertiges*, car on verra qu'elles présentent des particularités du plus haut intérêt.

§ I. — Définition, synonymie.

Tous les auteurs ont donné, pour définition de l'épilepsie, une description sommaire de cette maladie, et il n'est réellement pas possible de faire autrement; mais il me semble qu'on a poussé trop loin cette description, et qu'il suffit des caractères suivants : L'épilepsie est une maladie nerveuse et apyrétique, caractérisée soit par des *attaques brusques* revenant à des intervalles variables et dont les symptômes sont une perte subite de connaissance, des convulsions et une gêne notable de la respiration, soit par des *vertiges* de plus ou moins longue durée. Les autres symptômes n'ont plus la même importance.

Les dénominations sous lesquelles on a désigné l'épilepsie sont très nombreuses, et indiquent pour la plupart, ainsi que le fait remarquer Georget, que la maladie

(1) Voy. notamment *Tubercules du cerveau*.

a été longtemps considérée comme une affection surnaturelle, ou bien font allusion au symptôme qui a le plus frappé les divers auteurs. Je signalerai les suivantes comme les principales : *Morbus sacer*, *divinus morbus*, *morbus major ; morbus herculeus*, *heracleus*, *lunaticus*, *astralis*, *sideratus*, *scelestus*, *puerilis*, *insputatus*, *epilepticus*, *epilemticus ; analepsia*, *apoplexia parva ; mal caduc*, *haut mal*. Aujourd'hui le nom d'*épilepsie* est universellement admis.

La fréquence de cette cruelle affection est bien connue de tout le monde. Il n'est pas d'hospice consacré aux maladies mentales qui ne renferme un nombre considérable d'épileptiques. Nous allons voir dans quelles conditions de la vie elle se manifeste principalement.

§ II. — Causes.

Comme je l'ai dit plus haut, c'est dans les auteurs les plus récents qu'il faut chercher une étude vraiment instructive de l'étiologie de l'épilepsie. Dans les premiers temps de la médecine, on a attribué à cette affection une origine merveilleuse, et quoique Hippocrate (1), et après lui les principaux auteurs, aient cherché à faire justice de bien des opinions sans aucun fondement, elles ne se sont pas moins propagées d'âge en âge, jusqu'aux derniers siècles. Les travaux de Leuret, de MM. Beau et Herpin, sont, je dois le répéter ici, ceux qui nous seront le plus utiles pour étudier ce point d'étiologie.

1° Causes prédisposantes.

Age. — Nous n'avons pas de renseignements précis sur la fréquence de l'épilepsie aux premiers âges de la vie, ce qui tient à ce que les auteurs que je viens de citer ont observé à Bicêtre et à la Salpêtrière, où l'on ne reçoit pas les très jeunes enfants. Cependant il résulte de la fréquence du début de la maladie à un très jeune âge chez les sujets qu'ils ont observés, que dans les premières années de l'existence, elle doit se montrer plus souvent qu'on ne le pense généralement. L'âge qui a fourni le plus de malades à Leuret est celui de dix à quatorze ans ; les années suivantes, jusqu'à vingt-quatre ans, sont un peu moins chargées, et après cette époque de la vie, le nombre des invasions est excessivement restreint. « L'*adolescence*, dit Leuret, est donc une cause prédisposante de l'épilepsie, et il en est de même de la première enfance. » Il suffit de jeter un coup d'œil sur un tableau présenté par M. Beau pour s'assurer que cet auteur est arrivé à des résultats semblables, que les recherches de M. le docteur Herpin (2) ont également confirmés.

[Dans un remarquable mémoire sur l'étiologie de l'épilepsie, M. Moreau (de Tours) (1) s'exprime ainsi :

« Toutes les statistiques relatives à l'époque de la vie où l'épilepsie a débuté diffèrent assez peu entre elles ; en les réunissant et en groupant les chiffres dont

(1) *Œuvres d'Hippocrate*, trad. par E. Littré. Paris, 1849, t. VI, p. 353.
(2) *Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie*. Paris, 1852.
(3) *Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1853, t. XVIII.

elles se composent, on a pour résumés principaux, sur un total de 995 malades :

Épileptiques de naissance.	87
Le sont devenus dans l'enfance.	25
— de 2 à 10 ans.	281
— de 10 à 20 ans.	364
— de 20 à 30 ans.	111
— de 30 à 40 ans.	868
— de 40 à 50 ans.	51
— de 50 à 60 ans.	13
— de 60 à 70 ans.	4

» Il résulte de ces chiffres que l'âge le plus favorable au développement de l'épilepsie est de 10 à 20 ans. Vient en seconde ligne la période de la vie comprise entre les deux premières années et la dixième ; en troisième ligne celle de 20 à 30. »]

Sexe. — Il ressort des relevés faits par plusieurs auteurs que l'épilepsie est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Si J. Frank a trouvé le contraire, c'est qu'il n'a observé que sur un trop petit nombre de cas, comme l'ont démontré de nouveau les observations de M. Herpin (1), qui a trouvé « que les deux sexes, avant la puberté, sont placés sur la même ligne, mais qu'après quatorze ans, les femmes offrent à cette maladie une prédisposition bien plus marquée que les hommes, et cela dans un rapport qui ne s'éloigne pas beaucoup du double au simple. » [M. Moreau (2) exprime la même opinion : « Si le nombre des épileptiques a toujours été plus considérable à la Salpêtrière qu'à Bicêtre, cela tient uniquement à ce que l'épilepsie, comme toutes les affections nerveuses en général, atteint plus de femmes que d'hommes. »]

[*Hérédité.* — C'est une opinion généralement répandue que l'épilepsie est une affection héréditaire. Quelques auteurs modernes, parmi lesquels MM. Leuret et Herpin, ont mis en doute cette cause. Un autre auteur, M. Herpin, sans s'expliquer catégoriquement sur cette question, admet cependant, poussé par l'évidence des faits, que l'on rencontre très souvent chez les parents des épileptiques des affections nerveuses de toutes sortes, l'aliénation mentale souvent et un certain nombre de fois l'épilepsie. M. Moreau (de Tours) (3) insiste surtout sur l'hérédité, dont il a fait le sujet d'études particulières. Pour cet observateur, « de toutes les causes de l'épilepsie, la plus grave, la plus féconde, celle dont l'action est certaine, inévitable, qui atteint l'immense majorité des épileptiques, nous allions dire tous les épileptiques, celle enfin qui renferme, pour ainsi dire, dans son sein le secret du mal que nous étudions, c'est l'*hérédité*, expression qui, à nos yeux, résume les conditions d'organisation, au double point de vue physiologique et pathologique, des parents ascendants et collatéraux, dans lesquels les fils puisent leur prédisposition. » L'auteur ne désigne pas seulement, comme cause prédisposante unique, l'épilepsie chez les parents ; il admet, comme causes héréditaires prédisposantes à l'épilepsie, tous les troubles, toutes les anomalies du système nerveux, tels que mouvements convulsifs des paupières, des lèvres, des différents muscles du

(1) *Loc. cit.*
(2) et (3) *Loc. cit.*

visage (*tics*), le bégayement, certains vices de prononciation, et un certain nombre de maladies transformables par la voie de l'hérédité. Sur un nombre total de 124 malades, l'auteur a trouvé que l'épilepsie s'était rencontrée 30 fois chez les parents, c'est-à-dire dans la proportion de 1 sur 4 8/30es. La folie s'est montrée dans la proportion de 1/5e; l'hystérie compte pour 1/9e. Les paralysies et les apoplexies sont dans le même rapport ou à peu près.]

Relativement à l'influence de la constitution et du tempérament, nous n'avons que des données fort incertaines : on a dit, il est vrai, qu'une constitution débilitée et le tempérament nerveux prédisposent fortement aux attaques d'épilepsie; mais ce ne sont pas là des résultats ressortant d'un nombre suffisant de faits. Voici du reste, à ce sujet, le relevé des faits observés par M. Herpin :

Constitutions rachitiques	2	Tempérament lymphatique	13
Nés avant terme, très chétifs	3	— nerveux	12
Constitution très grêle	8	— lymphatique-nerveux	12
— ordinaire	39	— nervoso-sanguin	12
Belle conformation	10	— lymphatique-sanguin	6
Absence d'indications	6	— sanguin	4
	68	— mixte	2
		— non déterminé	7
			68

Professions. — Tout le monde sait que les ouvriers employés à la fabrication du blanc de céruse et les broyeurs de couleurs sont sujets à une épilepsie à laquelle on a, par cette raison, donné le nom d'*épilepsie saturnine;* mais cette affection étant d'une nature particulière, je ne crois pas devoir m'en occuper ici. Quant aux autres professions, rien ne prouve qu'elles aient une influence réelle. Je citerai seulement, pour mémoire, le docteur Hebréard, qui a noté, sur 162 épileptiques, 119 célibataires, 7 veufs, et seulement 33 mariés; n'est-ce pas parce que les individus affectés d'épilepsie le sont très souvent depuis leur enfance, et se marient plus difficilement que les autres? Le docteur Copland et M. Foville font remarquer que l'épilepsie se montre surtout fréquemment dans les *classes inférieures de la société;* mais, d'après les recherches de M. Herpin, c'est tout le contraire qui a lieu. Il pense que ce qui détermine l'opinion de ces auteurs, c'est que, dans les classes élevées, cette maladie est habituellement dissimulée avec soin. Sur 68 sujets qu'il a observés, 11 seulement appartenaient à des familles indigentes, 28 à des familles riches; 36 vivaient confortablement.

Menstruation. — Il résulte des recherches de M. Beau que c'est à l'époque de la première menstruation que l'épilepsie se déclare le plus fréquemment; mais doit-on voir, dans l'influence de la première éruption des règles, la cause réelle de la plus grande fréquence de la maladie? Nous avons vu que, chez les jeunes garçons, c'est également à l'époque de la puberté que paraît le plus ordinairement l'épilepsie, et nous devons en conclure que ce n'est très probablement ni dans l'embarras qu'éprouve l'éruption des règles, ni dans un trouble quelconque de la menstruation que se trouve réellement cette cause, mais bien dans la révolution qu'éprouve l'organisme à l'époque de la puberté.

On a cité des pays dans lesquels l'épilepsie a paru *endémique :* ainsi tout le monde a mentionné un passage de Joseph Frank, dans lequel il est fait mention d'un nombre considérable d'épileptiques observés en Lithuanie en peu d'années; mais

audrait des renseignements beaucoup plus étendus pour se faire une opinion cte : ur ce point.

Maladies antérieures. — Il est difficile de se soustraire à la tendance commune tous les esprits à regarder ce qui précède comme cause de ce qui suit; aussi les decins de tous les temps ont-ils fait jouer un grand rôle, parmi les causes de ›ilepsie, aux maladies qui en avaient précédé l'apparition. Sans tomber dans cette ıgération, on peut, en se fondant sur l'observation, ainsi que l'a fait M. Moreau : Tours) (1), reconnaître comme causes prédisposantes réelles de l'épilepsie di-ses affections du cerveau, les convulsions simples ou de nature hystérique, les ladies éruptives, etc. Il va sans dire que la présence de tumeurs, de tubercules ıs les méninges ou les centre nerveux, est une cause prédisposante de l'épilepsie.

Excès, mauvaises habitudes. — Il est incontestable que les excès vénériens, et ·tout l'onanisme, ont été constatés un grand nombre de fois chez les épiléptiques; ıis n'est-il pas sage de dire à cet égard, avec M. Moreau (de Tours) : Les mêmes ıditions d'organisation qui prédisposent les épileptiques à la maladie qui doit les eindre, les prédisposent également aux excès vénériens, et *vice versâ;* en sorte e chez eux le mal est tout à la fois effet et cause. Les excès alcooliques ont été ;nalés à juste titre comme prédisposant à l'épilepsie.

2° Causes occasionnelles.

Bien que le sentiment de la vérité scientifique, dégagé de tout préjugé, engage ; médecins à pratiquer le scepticisme à l'endroit des causes occasionnelles nom-euses que le vulgaire assigne à l'épilepsie, il faut néanmoins se garder de pousser ›p loin cette incrédulité. Sur 444 cas dans lesquels on a noté les causes occasion-·lles, dit M. Moreau (de Tours), on trouve :

Frayeur	314	Mauvais traitements	7
Chagrin	42	Colère	6
Émotion pénible	24	Joie	5
Vue d'épileptique	15	Crainte	3
Contrariétés	14	Misère	2
Viol	11	Peur en rêve	1

On voit que de toutes les causes occasionnelles, la frayeur est de beaucoup la us commune. Les causes physiques sont très nombreuses et de toutes sortes. Un it intéressant à noter, c'est la tendance qu'ont les attaques nerveuses à se produire ›us l'influence des mêmes causes morales et physiques qui leur ont primitivement ›nné naissance.]

Ce qui prouve que ce que nous avons dit plus haut sur les doutes qui peuvent re élevés à propos de l'influence de la menstruation est très exact, c'est qu'on ›it, dans un tableau présenté par M. Beau, que l'*apparition des règles* n'a paru ;oir une véritable influence que dans un nombre très limité de cas. Il en est de ıême de l'*âge critique*. On a encore cité la *grossesse* comme une cause détermi-ınte de l'épilepsie; mais le fait est si peu prouvé, que certains auteurs affirment, ı contraire, que la grossesse suspend les attaques d'épilepsie, et les recherches de I. Herpin viennent à l'appui de cette dernière opinion; car dans les deux seuls cas ù il a pu suivre la marche de l'épilepsie pendant la grossesse, tout symptôme épi-

(1) *Loc. cit.*

leptique avait cessé pendant la gestation, et cela dans toutes les grossesses de ces deux femmes, pour reprendre ensuite leur marche ordinaire. L'influence des *suites de couches* n'est appuyée que sur des faits très peu nombreux.

Je me contenterai de signaler un certain nombre d'autres causes dont l'influence est beaucoup moins bien déterminée, et parmi elles on en retrouvera quelques-unes que nous avons déjà indiquées en parlant des causes prédisposantes : ce sont les *écarts de régime*, l'abus des *boissons alcooliques*, les *excès vénériens*, la *masturbation*. Quelques auteurs ont, au contraire, placé parmi ces causes la *continence* trop prolongée. Viennent ensuite les *excès de travail intellectuel*, la *disparition brusque d'un exanthème*, les *coups sur la tête*, les *chutes*, la *dentition difficile*, l'*insolation*, le *refroidissement*. Il est bien loin d'être démontré que l'influence de ces causes soit aussi grande que l'ont cru quelques auteurs : il résulte au contraire des relevés de Leuret que leur action n'a pu être constatée que dans un très petit nombre de cas.

M. le docteur Sarkey (de Jersey) (1) a rapporté deux cas dans lesquels l'épilepsie a été déterminée par les *pratiques du magnétisme animal.*

Imitation. — Nous retrouvons encore ici cette cause qu'on a attribuée à toutes les névroses remarquables par des accès violents; mais dans aucune de ces affections on n'a autant de raison de croire que l'apparition du mal est due non à l'imitation, mais bien à la terreur profonde que fait très souvent éprouver la vue d'un épileptique dans son attaque. Quant à la *contagion*, il n'est pas nécessaire de la mentionner.

Restent enfin les *affections chroniques du cerveau et de la moelle* (tubercules), dont nous avons parlé dans les articles précédents. M. le docteur Gamberini (2) a cité un cas d'épilepsie entretenue par une *exostose* du pariétal gauche.

On voit que si les recherches récentes nous ont fourni quelques documents importants, il reste encore beaucoup à faire sur ce point intéressant d'étiologie.

Il y a en outre à étudier les *causes déterminantes des attaques*, mais il sera temps de m'en occuper lorsque je parlerai de la marche de la maladie.

§ III. — Symptômes.

Ainsi que je l'ai dit plus haut, il est nécessaire, pour procéder méthodiquement à l'étude des symptômes, d'examiner séparément les vertiges et les attaques convulsives; mais auparavant il faut dire quelques mots du début de la maladie et des prodromes que présentent ses accès, quels qu'ils soient.

Prodromes. — On a distingué les prodromes de la maladie, considérés d'une manière générale, de ceux qui annoncent l'apparition des attaques, mais cette distinction n'a pas de fondement, puisque la maladie consiste en attaques plus ou moins violentes. A quelque époque qu'on les considère, les prodromes appartiennent toujours à une attaque.

Ces prodromes ne se montrent que dans la minorité des cas; cependant il résulte des recherches de M. Beau, qu'ils sont un peu plus fréquents qu'on ne le croit

(1) *London med. Gazette*, et *Union médicale*, 15 avril 1845.

(2) *Bulletino delle scienze med. di Torino*, et *Journal des connaissances méd.-chirurg.*, septembre 1846.

généralement. Cet auteur les a divisés en *prochains* et *éloignés;* ces derniers se montrent pendant plusieurs heures, et même pendant plusieurs jours : ce sont des changements de caractère, une irascibilité plus grande, l'altération de l'appétit, le trouble des digestions, des étouffements, en un mot des troubles nerveux très variables. Les prodromes prochains consistent en des *sensations tout à fait particulières :* ce sont un sentiment de constriction dans diverses parties du corps, de gonflement, de pesanteur dans certains organes, la sensation d'un froid glacial dans un membre, etc.

Début. — Les diverses sensations dont je viens de parler, et quelques autres qu'il est difficile d'indiquer, tant elles sont variables, constituent ce que l'on a appelé *aura epileptica.* On peut dire que cette *aura epileptica* peut avoir son point de départ dans toutes les parties du corps : il serait facile d'en citer des exemples. D'un point plus ou moins éloigné, la sensation qui la constitue se porte rapidement vers l'encéphale, puis le malade pousse un cri, tombe, et l'attaque commence. Telle est du moins la manière dont débute, dans un bon nombre de cas, l'attaque convulsive. Quant aux vertiges, nous verrons plus loin comment ils se manifestent. Dans un plus grand nombre de cas encore, la maladie débute tout à coup sans aucun prodrome, sans *aura epileptica*, soit par un cri, soit simplement par une chute; dans les vertiges, il n'y a ni cri ni chute au début.

La valeur de l'*aura epileptica* est considérable et a servi dans ces derniers temps, ainsi que nous le verrons, à fonder toute une théorie nouvelle de l'épilepsie. L'*aura* est une sensation, le plus souvent douloureuse, quelquefois insupportable, que quelques épileptiques comparent à un chatouillement, à une névralgie, à une vapeur froide ou chaude, etc , dont le siége peut être dans un point très limité ou dans une région. Pour quelques auteurs, l'*aura* procède directement des centres nerveux, et se montre dans plusieurs maladies du cerveau ou de la moelle, dont elle n'est qu'une manifestation. Pour d'autres (1), l'*aura* est un phénomène primordial, initial, qui, par son retentissement sur le centre nerveux, par *action réflexe*, donne lieu à l'attaque convulsive qui caractérise l'épilepsie. L'importance que ces auteurs attachent à la détermination exacte du point où a lieu cette *aura* est considérable, ainsi qu'on le verra à l'article *Traitement.*

Attaque convulsive. — Jusqu'à l'époque où ont paru les travaux d'Esquirol, on confondait les attaques d'épilepsie avec les vertiges. Ce médecin célèbre a insisté avec raison sur la distinction de ces deux formes d'attaque dont, après lui, les docteurs Georget, Foville, Calmeil, Beau, etc., ont tracé de bonnes descriptions. J'emprunte celle de M. Beau, qui donne une très bonne idée des attaques convulsives :

« Dans l'attaque, dit cet auteur, l'individu pousse un *cri*, et tombe tout à fait *privé de sensibilité et d'intelligence.* Les muscles sont dans un état de *roideur tétanique* et immobiles, la *respiration* est suspendue, les *veines* se gonflent, la *face* est congestionnée, le *pouls* faible et petit. Bientôt la roideur tétanique des muscles est remplacée par des *alternatives de contraction et de relâchement*, apparentes surtout à la face, d'abord légères, ensuite plus étendues, vives et rapprochées, L'individu rend des *jets saccadés de salive et de mucosité mousseuse ;* la respira-

(1) Brown-Séquard. *Journal de physiol.*, 1858. — *Researches on epilepsy.* Boston, 1857.

tion recommence à l'aide des mouvements convulsifs des muscles inspirateurs; les veines se désemplissent; la congestion de la face disparaît; le pouls devient plus fort.

» Les convulsions ayant cessé entièrement, la respiration s'exécute d'une manière large et profonde, avec un *ronflement remarquable;* la face est pâle, décomposée; enfin le ronflement disparaît, et l'intelligence revient peu à peu avec la sensibilité.

» Il ne reste ordinairement de ces diverses lésions fonctionnelles qu'une fatigue musculaire excessive, de la céphalalgie et de l'hébétude, *sans que le patient ait la moindre conscience de ce qui s'est passé.* »

Il faut ajouter à cette description que, dans un certain nombre de cas, les convulsions sont extrêmement violentes; qu'on a vu en résulter des distorsions des membres et des déplacements des surfaces articulaires; qu'elles sont presque toujours plus fortes d'un côté que de l'autre, que quelques malades rendent sous eux l'urine et les matières fécales; que, vers la fin de l'attaque, la peau se couvre de sueur, et qu'après l'attaque il y a parfois des *accès de fureur* qui durent plus ou moins longtemps. Lorsqu'au moment de l'attaque la langue se trouve entre les dents, elle est déchirée, coupée, et la *mousse* qui couvre les lèvres est *sanglante.* On a affirmé qu'après l'attaque l'urine est claire et limpide.

M. Beau, analysant l'attaque, la divise en trois périodes. La première est caractérisée par la *convulsion tétanique* ou *tonique;* elle a une durée de cinq à trente secondes. La seconde dure de une à deux minutes; son principal caractère consiste dans les *convulsions cloniques.* Enfin la troisième, qui a une durée de trois à huit minutes, est principalement caractérisée par le *stertor* et le *râle trachéal.*

Vertige épileptique. — C'est encore, de l'aveu de tout le monde, à l'intéressant article de M. Beau qu'il faut emprunter la description du vertige épileptique.

« Le vertige, dit-il, varie tant, pour sa forme et sa durée, qu'il est difficile d'en donner une description générale. Ainsi quelquefois l'individu sera surpris tout à coup dans une conversation, et pourra au bout d'une seconde achever la phrase qu'il aura commencée; d'autres fois il tombera comme foudroyé, et restera une demi-heure privé de sentiment et d'intelligence, sans qu'il y ait, comme dans l'attaque, aucun désordre dans l'appareil musculaire; tantôt l'individu ne pourra ni parler ni se mouvoir, l'intelligence étant à demi conservée; souvent il y aura quelques mouvements convulsifs, des actes désordonnés, des paroles incohérentes, etc., etc. Ces différences de vertige, que je n'ai fait qu'indiquer, suffiront pour donner une idée de l'embarras que j'ai éprouvé en choisissant le type d'une description générale. Pour en sortir, je devais m'arrêter à la forme la plus fréquente; j'ai donc passé en revue les 219 cas de vertige portés au tableau précédent, et j'ai trouvé 76 fois la variété suivante que je présente comme le vertige épileptique le plus ordinaire :

» L'individu a le temps de s'asseoir, tombe ou fléchit; sa face est pâle, immobile, les yeux fixes et hagards; ou bien il y a quelques légers tremblements des membres supérieurs et de la face; il reste ainsi quelque temps; peu à peu il s'anime. Il se lève d'un air étonné, cherche autour de lui, fait des paquets, veut se déshabiller, prononce souvent des paroles mal articulées, et essaye de se débarrasser des personnes qui le retiennent; si on le laisse aller, il se promène d'un air égaré, a une démarche un peu choréique, et bat quelquefois ceux qui se trouvent sur son

passage. Enfin l'intelligence reparaît, l'individu est fatigué et honteux, et conserve souvent la mémoire d'une partie de ce qui s'est passé. Cet ensemble de phénomènes dure de deux à trois minutes. Le délire dont je viens de parler est toujours sombre ou même furieux. Je n'ai observé des rires et des chants que dans cinq cas. »

Je n'ai rien à ajouter à cette description, dont chacun peut vérifier l'exactitude. Je dirai seulement, avec M. Beau, que le vertige est un ensemble de symptômes d'épilepsie et d'aliénation mentale, et qu'il établit entre ces deux affections un rapport incontestable.

M. Trousseau insiste dans ses leçons cliniques sur les différentes formes de l'épilepsie sans convulsion. Parmi ces formes, une des plus intéressantes et des moins connues est celle qui consiste dans la suspension momentanée de la vie de relation, ou tout au moins dans la perte momentanée du sentiment des objets qui vous entourent. Cet état, qui se rapproche de la catalepsie, ne porte que sur l'intelligence. Un homme s'interrompt tout d'un coup au milieu d'une phrase et reste immobile ou fait telle action qui n'est point dans la situation, et reprend au bout de quelques secondes ou de quelques minutes sa phrase interrompue, sans se douter aucunement de ce qui s'est passé. Ces absences constituent un degré de l'épilepsie et de la folie.

Etat des malades dans les intervalles des attaques. — Nous avons vu qu'immédiatement après les attaques les malades restent pendant un certain temps hébétés, et quelques-uns ont un délire parfois furieux. Cet état peut se prolonger pendant un certain temps, et l'on a cité des cas (1) où les attaques ont été suivies d'une inflammation encéphalique et de paralysies partielles; mais si les attaques ne sont pas trop nombreuses, si l'épilepsie est récente, l'intégrité des fonctions ne tarde pas à se rétablir. Il n'en est pas de même lorsque la maladie est ancienne, lorsqu'elle fait des progrès et que les accès se rapprochent. Alors les malades deviennent irritables, capricieux; les facultés intellectuelles deviennent paresseuses et s'altèrent. La *mémoire* en particulier se perd, et quelques sujets tombent dans une véritable idiotie.

Du côté des *voies digestives*, on observe divers symptômes, tels que la difficulté des digestions, les éructations, les borborygmes; diverses *convulsions*, comme le strabisme, la contracture, les tics, se produisent. Les sujets éprouvent, plus ou moins fréquemment, des *palpitations;* en un mot, il y a un trouble nerveux qui se manifeste par des symptômes nombreux et variés.

La *face*, suivant la remarque d'Esquirol, finit par présenter des caractères particuliers : ce sont le gonflement des paupières, l'épaississement des lèvres, l'incertitude du regard, la dilatation des pupilles. D'un autre côté, les *membres* deviennent grêles, le corps augmente de volume, et de là une démarche incertaine et particulière. Je ne pousse pas plus loin cette description, parce que toutes ces altérations présentent de très grandes variétés qu'il n'est pas possible de faire entrer dans un tableau général, et que l'on comprend facilement.

Leuret a insisté, avec juste raison, sur une disposition particulière des épileptiques aux *désirs érotiques*. Ces désirs sont portés parfois au point d'anéantir

(1) Georget, *loc. cit.*

oute pudeur, et M. Cossy, dans des recherches extrêmement intéressantes, a fait connaître une espèce de délire particulier aux épileptiques : c'est le *délire érotique.* Ce délire survient à des intervalles assez éloignés des attaques, aussi bien qu'à une époque rapprochée. Les malades qui y sont en proie n'ont presque qu'une seule idée, c'est celle de satisfaire leurs désirs vénériens; ils se livreraient à la masturbation si on ne les en empêchait; ils exécutent des mouvements lascifs du bassin, et, lorsqu'on s'approche d'eux pour les toucher, ils prennent ce mouvement pour une provocation vénérienne. Il est bien à regretter que Leuret, dont l'attention a été fixée sur ce point, n'ait pas pu nous communiquer le résultat de ses recherches.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de l'épilepsie est essentiellement chronique. Elle est presque toujours croissante, c'est-à-dire qu'à mesure que le malade avance en âge, les accès augmentent de fréquence et d'intensité, jusqu'à ce qu'ils se manifestent tous les jours et même plusieurs fois par jour. Dans quelques cas, au contraire, le mal semble n'avoir de tendance à se reproduire qu'à des époques éloignées, pendant toute la vie. Enfin, bien que, d'une manière générale, on doive dire que la maladie est croissante, il n'est pas rare de la voir, sous l'influence de causes diverses, paraître s'arrêter pendant un temps plus ou moins long, pour faire ensuite de nouveaux progrès.

L'*intermittence* de l'affection est un de ses caractères essentiels. Cette intermittence est irrégulière, et nous avons des recherches très intéressantes sur les *causes du retour des accès.*

D'abord je dirai, avec Leuret, que le retour des attaques a une certaine tendance à se régulariser, c'est-à-dire que chez beaucoup de malades, elles reviennent à certaines époques à peu près déterminées, comme tous les huit jours, tous les quinze jours, tous les mois. Cependant, même dans ces cas, il n'y a pas de régularité parfaite, et il est très rare de pouvoir, sans se tromper, prévoir le jour où l'attaque se reproduira. Chez un petit nombre, le retour des attaques est tellement variable, qu'on ne peut pas le prévoir, même approximativement. Il est rare que les attaques reviennent plus souvent que tous les huit jours.

Il en résulte que le nombre des attaques, pendant une année, n'est ordinairement pas très considérable; mais il est quelques cas où ce nombre est extrêmement grand. « Le nombre des attaques pendant l'année, pour un même malade, a varié, dit Leuret, de 8 à 2149, c'est-à-dire que tel malade a eu seulement 8 attaques pendant l'année, et tel autre 2149. »

« Il est rare, dit encore cet auteur, que les malades, quand ils sont arrivés à la période de leurs attaques, ne tombent qu'une seule fois. La plupart du temps, il y a d'abord des étourdissements ou *autres prodromes* de l'épilepsie; les attaques viennent ensuite, et se répètent, soit le jour, soit la nuit. Chez quelques malades, il ne survient qu'une attaque; chez la plupart, il y en a successivement trois, quatre, et plus. J'ai vu, mais c'est dans les cas les plus graves, les attaques revenir *jusqu'à* 80 *fois dans l'espace de douze heures.* Les malades ne sortaient d'une attaque que pour tomber dans une autre ; il ne leur restait ni repos ni lucidité. »

On a observé quelques cas dans lesquels le nombre des accès a été de 100 et ème de 150 dans les vingt-quatre heures.

Les recherches du même auteur portent à croire que la *nuit* est plus favorable ie le jour au retour des accès; qu'il en est de même de la *saison la plus froide*, idis que les mois les plus chauds ont une influence contraire ; que la *lune* n'a cune influence sur le retour des accès, ainsi que l'avait déjà remarqué Esquirol, ns établir le fait avec la même précision ; que l'*onanisme* rend leur retour plus quent, et que les vives émotions morales, que nous avons vues produire la mala-, provoquent ainsi l'invasion des attaques. On a cité des cas rares dans lesquels accès avaient la même *périodicité* qu'une fièvre intermittente.

« Un phénomène assez commun, dit Georget, c'est la *suspension des attaques ndant tout le cours d'une maladie accidentelle et grave*... ; quelquefois pourtant pilepsie n'est pas arrêtée. »

L'épilepsie est une maladie qui a ordinairement une longue *durée ;* elle est comtible avec une très longue existence, quoique, en général, les épileptiques succmbent à un âge peu avancé.

Les *complications* qui viennent le plus fréquemment ajouter à la gravité de l'épisie sont l'aliénation mentale, l'hystérie et la catalepsie.

La *terminaison* ordinaire de l'épilepsie est la mort. La mort est amenée le plus uvent par les progrès toujours croissants de l'affection. Quelquefois on a vu la *mort bite* survenir dans le cours d'une attaque, et c'est à l'asphyxie qu'il faut rapporter tte terminaison funeste. On a néanmoins signalé comme possible la rupture du eur. En outre, l'épilepsie est une cause indirecte de mort ; car les malades pernt complétement connaissance et tombant, on en a vu se faire des blessures morlles dans leur chute, se noyer, se brûler.

Si l'on acceptait sans discussion les divers cas de guérison mentionnés par les teurs, on devrait en reconnaître un très grand nombre ; mais si l'on y regarde de ès, on voit que cette terminaison heureuse est, au contraire, très rare. On a aucoup parlé des *crises* qui peuvent mettre un terme à l'épilepsie ; mais on n'a s apporté de preuves suffisantes à l'appui de cette manière de voir. Il est sans ute quelques cas dans lesquels le rétablissement d'une hémorrhagie, d'un flux, un exanthème supprimé ou d'autres phénomènes semblables, a été suivi de la érison de la maladie ; mais ce sont là des cas exceptionnels, dont on ne peut tirer cune conséquence.

§ V. — Lésions anatomiques.

[Il n'existe point de lésion nécessaire et constante d'où résulte l'épilepsie. Sount on ne trouve dans le cadavre des épileptiques aucune lésion appréciable. Les teurs qui voient dans l'épilepsie une maladie *par elle-même essentielle* ne consirent tout au plus les lésions qui, en pareil cas, se peuvent rencontrer dans les ntres nerveux que comme un fait sans importance et sans signification, presque ie coïncidence. Ceux qui ne voient dans l'épilepsie qu'un résultat dont la cause t, soit dans les centres nerveux, soit dans quelque partie du corps, peau, muqueuse viscères (Brown-Séquard, *loc. cit.*), et dont l'*aura* est le plus souvent le point départ, tiennent compte de toutes les lésions qui peuvent se trouver en quelque

point que ce soit du corps, mais surtout dans les centres nerveux. On trouvera à cet égard des renseignements utiles dans les auteurs suivants : Todd (*Diseases on the brain*), Radcliffe (*Epilepsy*, 1854), et dans les travaux cités de M. Brown-Séquard. Il est certain qu'on a trouvé chez les épileptiques des tumeurs de différente nature, cancéreuses, tuberculeuses, syphilitiques, osseuses, etc., etc., comprimant soit le cerveau, soit la moelle épinière ou le cervelet, des caillots, des points ramollis, etc. ; que des lésions diverses ont été trouvées dans les membranes cérébro-rachidiennes; que l'on a décrit également des altérations des organes de la circulation, de la digestion ou de la génération. Les efforts des physiologistes modernes pour trouver le mécanisme et la cause de l'épilepsie, s'ils n'ont point donné une solution absolue, ont cependant abouti à des résultats qu'il est bon de connaître. Une partie des phénomènes de l'attaque convulsive serait due, suivant M. Marshall-Hall, au *laryngisme* ou spasme du larynx. Un physiologiste éminent, M. Brown-Séquard, a trouvé les moyens suivants de produire artificiellement, en blessant la moelle épinière, l'épilepsie, ou du moins une maladie qui ressemble à l'épilepsie. Il a expérimenté sur des animaux de différentes espèces, mais surtout sur les cochons d'Inde :

1° Section transversale complète d'une moitié latérale de la moelle;

2° Section transversale des faisceaux postérieurs, des cornes postérieures de substance grise et d'une partie des colonnes latérales;

3° Section transversale des faisceaux postérieurs ou latéraux, ou antérieurs isolément;

4° Section transversale complète de toute la moelle;

5° Une simple piqûre.

C'est surtout la section transversale d'une moitié latérale de la moelle qui donne lieu à cette maladie convulsive de la façon la plus constante, principalement lorsque cette section a été pratiquée entre la septième vertèbre dorsale et la troisième lombaire. Cette affection se montre généralement durant la troisième ou la quatrième semaine qui suit l'opération. L'accès consiste d'abord seulement en un spasme des muscles du col et de la face, d'un seul côté ou des deux côtés, suivant l'étendue de la blessure faite à la moelle. Au bout de quelques jours, l'attaque devient plus complète, et toutes les parties du corps non paralysées entrent en convulsions... Le siége de ces convulsions varie suivant le point où la moelle a été lésée, etc... L'auteur provoque à volonté le retour de l'attaque, soit en empêchant l'animal de respirer, soit en pinçant la peau à certaine partie de la face ou du cou, ce que l'auteur attribue à une action réflexe.

Pour prouver que l'attaque artificiellement produite, si elle n'est pas l'épilepsie elle-même, est du moins épileptiforme, l'auteur montre en quoi elle consiste : la tête s'agite d'abord violemment sur les épaules par la contraction des muscles du cou; les muscles de la face, l'orbiculaire des paupières surtout, se contractent violemment. Toutes ces contractions surviennent ordinairement ensemble. Au bout de peu de temps, l'animal pousse des cris sourds, comme s'il étouffait, par la contraction spasmodique des muscles du larynx. Alors l'animal tombe, tantôt du côté où la moelle est blessée, tantôt de l'autre côté, et tous les muscles du tronc et des membres qui ne sont pas paralysés entrent en convulsions alternativement toniques et cloniques. La respiration devient irrégulière, à cause des convulsions des muscles

respirateurs. Il y a expulsion des matières fécales et souvent de l'urine, quelquefois érection du pénis et même éjaculation.

Cet auteur assigne les causes anatomiques suivantes à l'épilepsie : 1° Une lésion de la moelle épinière peut donner lieu à une affection épileptiforme. 2° Il existe une étroite relation entre certaines parties de la moelle épinière et certaines branches des nerfs de la face et du cou. 3° Les convulsions épileptiformes peuvent être la conséquence d'irritations sur certains nerfs. 4° Même alors qu'une affection épileptiforme a sa cause primitive dans les centres nerveux, certaines ramifications cutanées des nerfs, lesquels ne sont pas en connexion directe avec les parties lésées du centre nerveux, ont le pouvoir de produire des convulsions que n'ont pas d'autres nerfs, lesquels sont cependant en connexion directe avec le centre blessé. 5° Les ramifications cutanées de certains nerfs peuvent avoir le pouvoir de produire des convulsions, tandis que le tronc lui-même ne jouit pas de ce pouvoir.]

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

On peut dire d'abord que, dans l'immense majorité des cas, l'épilepsie est une affection très facile à reconnaître. Quelquefois, au contraire, elle se montre avec des caractères peu tranchés, et, d'une autre part, certaines maladies, comme l'hystérie en particulier, peuvent s'en rapprocher par leurs symptômes.

Quant au diagnostic de l'épilepsie et de l'*hystérie*, je n'ai qu'à renvoyer le lecteur à l'article consacré à cette dernière maladie, où je suis entré dans tous les détails nécessaires (1).

Je m'occuperai du diagnostic de l'épilepsie et de la *catalepsie* dans l'article suivant.

La *congestion cérébrale* se distingue principalement de l'attaque d'épilepsie par l'absence des convulsions et du trouble particulier de la respiration.

Nous avons vu plus haut combien, dans certains cas, il est difficile de distinguer l'épilepsie de l'*éclampsie ;* aussi, dans ces cas, doit-on suspendre son jugement, et n'admettre qu'il y a eu véritablement attaque d'épilepsie que lorsque cette attaque s'est reproduite. Toutefois je dois répéter ici ce que j'ai dit plus haut, savoir que ces cas douteux sont beaucoup plus rares qu'on ne l'a dit.

Épilepsie simulée. — Enfin l'épilepsie est une des maladies qu'on a le plus fréquemment simulées et qu'on simule le mieux par des moyens bien connus de tout le monde. C'est là une question importante, non-seulement pour le médecin légiste, mais encore pour tous les praticiens qui peuvent se trouver dans des cas de ce genre fort embarrassants. Georget a très bien traité cette question, et je ne saurais mieux faire que de lui emprunter le passage suivant :

« Voici, dit cet auteur, les moyens et les difficultés de découvrir la vérité : 1° Le malade qui n'est point averti de l'invasion de l'attaque tombe partout où il se trouve, sans choix du lieu ni des spectateurs ; le prétendu épileptique a bien soin de choisir le lieu de la scène, de manière à se faire le moins de mal possible, et à n'être point soumis à l'examen des gens de l'art ; mais il y a des attaques annoncées par des prodromes, et il serait facile d'en simuler une de ce genre. 2° La perte de

(1) Voy. article *Hystérie*, § VI, Diagnostic.

toute sensibilité est complète et profonde; les douleurs vives, les odeurs piquantes, les bruits violents, rien ne peut faire impression sur le malade. On interrogera donc la sensibilité par des sensations fortes et inattendues. On excite ordinairement la douleur en laissant tomber sur la peau de la cire à cacheter enflammée; quelquefois la menace d'une épreuve douloureuse a suffi pour prévenir le retour des prétendues attaques. 3° La pupille est immobile : on l'exposera soudainement à une lumière un peu vive; cette épreuve est difficile à faire sur un sujet agité par des convulsions, dont les yeux peuvent être roulants dans l'orbite. 4° L'un des meilleurs signes de l'attaque épileptique est la turgescence violacée ou noirâtre de la face, subitement dissipée et remplacée par la pâleur dès que les convulsions cessent. Il n'est guère possible d'imiter ce double effet, qui est surtout remarquable pour ceux qui ont observé les épileptiques. 5° On ne conçoit guère la possibilité de préparer dans la bouche, avec un morceau de savon, la grande quantité de salive écumeuse que rendent la plupart des malades; mais tous les épileptiques n'ont pas de l'écume à la bouche dans les attaques. 6° Le ronflement soporeux qui suit ordinairement l'attaque, ainsi que l'altération de l'intelligence, l'air honteux, hébété, étonné, seront difficiles ou plutôt impossibles à imiter. 7° M. Marc dit que l'on a beaucoup de peine à étendre le poignet et le pouce, qui sont fléchis, mais qu'une fois étendus ils ne se fléchissent plus, et ce médecin fait observer que le faux malade croira bien faire de les fléchir aussitôt qu'il ne sentira plus de résistance. 8° Sauvages reconnut la supercherie d'une petite fille de sept ans, qu'il soupçonnait de feindre d'être épileptique, en lui demandant si elle ne sentait pas un vent qui de la main parvenait à l'épaule, et de là au dos et à la cuisse : à quoi la petite répondit affirmativement. 9° La gêne et le mode de respiration sont très remarquables; les mouvements forts et tumultueux du cœur ne sont pas à la disposition de la volonté.

Maintenant il reste à savoir *si la maladie est dépendante ou non d'une altération organique plus ou moins profonde?* La solution de cette question est souvent difficile. Il est rare que les *altérations chroniques* du cerveau n'aient pour tout symptôme que des attaques d'épilepsie. On observe en outre un affaiblissement des facultés intellectuelles plus considérable que ne le comportent la fréquence et la violence des attaques; il y a des troubles de la motilité, de la sensibilité, etc. Ces derniers symptômes se montrent également dans les affections de la moelle. Quant aux lésions des autres organes, c'est à l'observateur à chercher à les découvrir par les moyens ordinaires. Je ne peux poser ici que des principes dont l'application varie à l'infini.

Pronostic. — Le pronostic de l'épilepsie, considéré d'une manière générale, est grave, parce que, ainsi que je l'ai dit plus haut, la maladie tend naturellement à une terminaison fâcheuse, et que chaque attaque peut être la cause d'un accident funeste. Mais le danger est-il immédiat ou éloigné? Si la maladie est voisine de son début, si les attaques ne surviennent qu'à d'assez grands intervalles, le danger est ordinairement très éloigné; si, au contraire, les attaques sont très rapprochées, surtout si elles surviennent plusieurs fois tous les jours, on doit craindre une mort prochaine. Ce pronostic est, du reste, subordonné à l'état de simplicité ou de complication de la maladie, de conservation ou de dépérissement de l'organisme. Règle générale, l'épilepsie qui dépend d'une affection organique des centres nerveux est

plus promptement fatale que toute autre. On a dit que la forme de l'épilepsie qui consiste dans un simple vertige est plus dangereuse que la forme convulsive ; le fait est-il prouvé ?

Les excellentes recherches de M. Herpin sont venues néanmoins modifier ce pronostic, et ont prouvé qu'avec beaucoup de persévérance dans le traitement, on peut arriver à de meilleurs résultats qu'on ne le supposait. Voici comment cet auteur résume son article sur le *pronostic général* : « La médecine, dit-il, peut exercer une heureuse influence dans près des trois quarts des cas d'épilepsie.

» Elle peut en guérir la moitié, sauf quelques rechutes moins graves que la maladie primitive.

» Elle peut éloigner les accès d'une manière notable dans près de la moitié des cas qu'elle ne guérit pas, et cette amélioration se soutient si le traitement a été suivi avec quelque persévérance. »

Exposons en outre les résultats obtenus par M. Herpin, et les réflexions dont il les fait suivre :

Sur 68 cas, les choses se sont passées comme il suit :

	Guéris.	Améliorés.	Rebelles.	Totaux.
Au-dessous de 100 attaques ou accès....	33	6	6	45
— de 100 à 500............	5	»	3	8
Au delà de 500......................	»	»	5	5

« Il est, dit-il, pour l'épilepsie un critère au moyen duquel on semble pouvoir mesurer d'avance, avec une suffisante exactitude, les chances de guérison d'un malade quelconque ; ce critère se trouve dans le nombre total des attaques ou accès éprouvés jusqu'alors par le patient.

» Chez les malades qui n'ont eu que des vertiges, si les malaises ne sont pas très fréquents, s'ils ne durent pas depuis plus de dix années, la guérison paraît être presque constamment assurée.

» Pour les attaques et accès, le pronostic est tout à fait favorable au-dessous du nombre de 100.

» Il est peu favorable de 100 à 500, car alors les échecs et les succès se balancent à peu près.

» Le pronostic est défavorable au-dessus de 500 attaques ou accès, les guérisons ne devant être que des cas exceptionnels. »

§ VII. — Traitement.

Le nombre des moyens opposés à l'épilepsie est immense. Rien ne serait plus facile que de citer une grande variété de médications détaillées, et cependant je crois devoir me contenter d'une indication très rapide, en n'insistant que sur les faits présentés par M. Herpin ; voici quels sont mes motifs. Il est aujourd'hui avéré pour tout le monde qu'on n'a pas trouvé, avant M. Herpin, de remède réellement efficace contre l'épilepsie. On a cité, il est vrai, un certain nombre de guérisons par divers moyens ; mais lorsqu'on a voulu appliquer ces moyens à de nouveaux cas, on a presque complétement échoué. Qui ne connaît des épileptiques auxquels tous les médicaments en vogue à une époque quelconque ont été vainement administrés ? Et ne voyons-nous pas, dans les établissements où sont réunis les malades

de ce genre, l'affection se montrer rebelle à toutes les médications? N'ayant donc pas à citer, en faveur des traitements proposés, un nombre de faits suffisant pour en démontrer l'efficacité, il suffira de les énumérer, pour que le médecin puisse les essayer tour à tour dans les cas embarrassants. Je diviserai, avec les autres auteurs, le traitement de l'épilepsie en *traitement des attaques*, en *traitement pour empêcher l'apparition de ces attaques*, et enfin en *traitement curatif de la maladie*.

1° *Traitement des attaques.* — Le traitement des attaques est généralement fort simple. Lorsque l'attaque est médiocrement violente, et qu'aucun des symptômes ne se présente avec des caractères exceptionnels, il n'y a pas autre chose à faire qu'à débarrasser le malade de tous les vêtements qui peuvent exercer une compression nuisible, et surtout de ceux qui gênent la respiration; à le placer sur un lit, et à surveiller les diverses phases de l'attaque. Dans les circonstances particulières on se conduit ainsi qu'il suit :

Si les convulsions sont très violentes, si surtout elles tendent à jeter le malade hors du lit, on le place dans un lit qui présente un creux assez profond au milieu; on le maintient sans violence. Dans quelques cas, il est nécessaire, pour éviter les luxations et les fractures, d'attacher les membres avec des lacs assez larges. *S'il avait de la tendance à se déchirer la langue entre les dents*, il faudrait insinuer entre les arcades dentaires un petit rouleau de linge ou un morceau de liége. *Si la salive mousseuse était trop abondante*, il faudrait incliner la tête sur le côté pour qu'elle pût s'écouler. *Si les accidents qui annoncent la congestion cérébrale et l'asphyxie étaient évidemment trop considérables*, la saignée serait indiquée : mais il est bien rare qu'il soit nécessaire d'y avoir recours dans une attaque de médiocre durée. Il n'en est pas de même *lorsque les attaques ont une durée très longue*; il résulte des observations de M. Calmeil, qu'en pareil cas la saignée les rend souvent plus courtes. Je ne parle ni des inspirations de substances excitantes, ni des lavements, ni d'autres moyens du même genre dirigés contre les attaques d'épilepsie, parce qu'il est aujourd'hui reconnu qu'on n'en retire aucun avantage réel. Il en est même qui sont dangereux : on a vu des malades à qui on avait fait inspirer de l'*ammoniaque* pendant un temps trop long, succomber ensuite à une inflammation des voies aériennes. *Dans les cas où il y a de très longues attaques avec des rémissions*, il faut saisir les moments de rémission pour administrer des calmants et des antispasmodiques.

2° *Traitement des accidents qui suivent les attaques.* — Dans la très grande majorité des cas, le repos et quelques soins hygiéniques très simples, comme un régime léger, des distractions, suffisent pour dissiper en peu de temps les faibles symptômes qui suivent immédiatement les attaques; mais quelquefois les accidents persistent, et il faut recourir à d'autres moyens.

S'il existe un malaise général, avec excitation et céphalalgie, de grands bains et des pédiluves stimulants sont prescrits avec avantage. *Si les signes de congestion vers la tête sont plus marqués*, et s'il y a des phénomènes de pléthore, il ne faut pas hésiter à pratiquer la *saignée générale*. On a recours aux antispasmodiques *lorsqu'il existe une grande susceptibilité nerveuse*. Parfois le *délire furieux* qui suit les attaques est tel qu'il faut avoir grand soin d'employer la camisole de force, car il y aurait du danger pour le malade et pour les assistants.

3° *Traitement propre à combattre le retour de l'invasion des attaques.* — Les divers excès, les écarts de régime, la vue des attaques chez d'autres malades, une vie trop sédentaire, sont des circonstances qui favorisent le retour des attaques ; il faut, autant que possible, en garantir les malades. Lorsque les signes indiqués plus haut annoncent l'invasion d'une attaque, il faut d'abord rechercher s'il existe une *aura epileptica*. Dans certains cas où une sensation particulière se manifestait d'abord dans une partie assez éloignée des centres nerveux, et principalement aux extrémités, on a réussi à empêcher l'accès en plaçant une *ligature*, en exerçant une forte *compression* entre ce point et les centres nerveux. L'*inspiration de l'ammoniaque* a aussi eu quelquefois le même résultat, et M. Martinet conseille l'*ingestion de cette substance dans l'estomac*, à la dose de dix à douze gouttes dans une potion ; ainsi que je l'ai dit plus haut, il faut bien prendre garde d'insister trop longtemps sur les inspirations ammoniacales.

4° *Traitement curatif de la maladie.* — Le traitement curatif de l'épilepsie ressemble tellement à celui de l'hystérie, que je pourrais presque renvoyer le lecteur à ce que j'ai dit dans l'article précédent. Aussi la plupart des moyens recommandés par les auteurs sont-ils rangés parmi les *antihystériques* aussi bien que parmi les *antiépileptiques*. D'un autre côté, nous ne trouvons pas de moyens qui aient eu un succès constant entre les mains de tous les praticiens. Ce sont des médications prônées par les uns et repoussées par les autres, ayant la vogue un jour et rejetées le lendemain. Ces considérations feront comprendre pourquoi je n'entre pas dans des détails qui pourraient offrir de l'intérêt, si les recherches avaient été mieux faites.

Émissions sanguines. — Mettant d'abord de côté tous les moyens évidemment inutiles et ridicules, et ils sont nombreux, je commence par les émissions sanguines. Un assez grand nombre d'auteurs ont recommandé ce moyen ; parmi eux il faut citer Fothergill, Morgagni, Rivière, Sauvages. La plupart recommandent les *saignées* abondantes et répétées, soit générales, soit locales. Aujourd'hui on compte peu sur la saignée pour la guérison radicale, et l'on n'y a recours que pour combattre les symptômes de pléthore. Cependant, chez les sujets forts et vigoureux, et lorsque la maladie est récente, on est autorisé à y recourir et à insister sur son application, car on a cité des cas où cette pratique a été suivie d'un plein succès.

Antispasmodiques. — Les médicaments antispasmodiques employés dans l'épilepsie sont très nombreux. Je citerai en première ligne la *valériane*, très anciennement recommandée, vantée surtout par Columna, et que, dans ces derniers temps, M. Gibert (1) a employée à haute dose avec succès. C'est l'extrait que prescrit ce médecin. Le docteur Gairdner (2) administre la valériane à la dose de 1,25 gram. On peut l'élever graduellement jusqu'à 8 grammes en poudre. Cette substance entre dans un très grand nombre de formules. Voici celle que prescrivait Biett, et qui contient d'autres substances regardées comme efficaces contre l'épilepsie :

℞ Extrait de valériane......	2,50 gram.	Sulfate de cuivre ammoniacal. 1 gram.
Extrait de belladone......	2 gram.	

(1) *Rech. et observ. sur l'épilepsie* (*Revue médic.*, 1835).
(2) *The Edinburgh med. and surg. Journal*, 1828.

Faites cinquante pilules. Dose : d'abord deux, puis quatre, puis six par jour, et ainsi de suite, en surveillant les effets du médicament.

M. H. Chauffard (1) recommande de *porter à une dose très élevée la valériane* dans le traitement de l'épilepsie : c'est le seul moyen, selon lui, de modifier profondément le système nerveux et d'assurer le succès. Il commence par 4 grammes par jour, et porte progressivement la dose jusqu'à 30 grammes dans les vingt-quatre heures. M. Herpin a élevé la dose jusqu'à 16 grammes; sur 10 malades traités par cette substance, 4 seulement ont guéri.

Le *musc* a aussi pour lui un certain nombre de faits heureusement terminés. On le donne à la dose de 0gr,10 à 0gr,75.

Je mentionnerai encore le *camphre*, qui fait partie d'un certain nomdre de formules; le *succin*, que Portal administrait *en poudre* à la dose de 0gr,50 à 1gr,50; l'*asa fœtida*, qui entre dans la formule suivante (Borsieri) :

℞ Asa fœtida...............	12 gram.	Sirop de violette...........	30 gram.
Eau de fontaine...........	190 gram.		

Dose : une ou deux cuillerées toutes les demi-heures.

Cette substance est également administrée en *lavements*.

L'*oxyde de zinc* a joui aussi d'une grande réputation. Je rappellerai à ce sujet la préparation conseillée par M. Brachet contre l'*éclampsie* (2), et que ce médecin met également en usage contre l'épilepsie. Delaroche a cité des cas dans lesquels l'oxyde de zinc, à la dose de 1gr,50, a produit de bons résultats, et plusieurs autres auteurs, parmi lesquels il faut citer Rust et Guthrie, ont rapporté des cas de guérison par ce moyen.

M. Herpin (3) a employé exclusivement ce médicament chez 36 malades, et il a obtenu 28 guérisons et 8 insuccès. Il le prescrit en pilules ou en poudre, en débutant chez les adultes par la dose journalière de 0gr,30 à 0gr,40 en 3 ou 4 prises, et par celle de 0gr,05 à 0gr,15 chez les enfants; puis en augmentant chaque semaine la dose journalière de 0gr,15 à 0gr,20 chez les premiers, de 0gr,05 à 0gr,15 chez les seconds, ce médicament peut être porté à 6 grammes par jour, sans autre inconvénients que des malaises passagers; on doit le continuer après la suppression des accès, à une dose rapidement croissante pour prévenir les rechutes.

Sur 10 malades traités par la poudre de la racine du selin des marais (*Selinum palustre*, L.), dose journalière de 2 grammes à 16 grammes, ce médecin a eu 5 guérisons, dont 3 rechutes.

Je me contenterai de mentionner les *feuilles d'oranger*, vantées par Locher, données par Portal à la dose de 2 à 5 grammes, et aujourd'hui généralement abandonnées.

Narcotiques.—L'*opium* est un des médicaments le plus anciennement employés: mais, comme pour les moyens précédents, nous n'avons que des cas isolés de guérison en sa faveur. Il doit être donné à dose d'abord faible, puis rapidement élevée, à moins qu'il ne survienne un narcotisme trop prononcé.

(1) *Œuvres de médecine pratique*. Paris, 1848, t. I, p. 474.
(2) Voy. l'article consacré à cette affection.
(3) *Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie*. Paris, 1852, p. 555.

La *belladone*, recommandée par un assez grand nombre d'auteurs, et notamment par Greding, a été expérimentée avec soin par M. Ferrus et par Leuret. De cette expérimentation, il résulte que cette substance, donnée à la dose de 0gr,20 à 0gr,90, et pendant un espace de temps qui a varié de quarante jours à quatre mois et demi, a diminué le nombre des attaques chez quelques sujets, a causé des accidents chez d'autres, a été complétement inefficace chez plusieurs, et n'en a guéri aucun. J'ai vu à la Pitié l'emploi de ce moyen avoir des effets très marqués chez un homme qui avait des attaques presque tous les jours. La dose fut graduellement portée jusqu'à cinquante-quatre pilules de 1 décigramme d'extrait de belladone chaque jour, et le malade n'avait plus d'attaques que tous les deux ou trois mois. Le médicament n'avait d'autre inconvénient que de dilater énormément les pupilles. Cette dose est, comme on le voit, beaucoup plus considérable que celles que je viens d'indiquer, et ce fait nous apprend que, chez certains sujets, les limites ordinaires peuvent être franchies avec avantage. Peut-être pensera-t-on que le malade, malgré la surveillance, ne prenait pas toute la dose, ou que l'extrait était peu actif. J'avoue que ces suppositions ne sont pas inadmissibles. Quoi qu'il en soit, c'est au médecin à voir jusqu'où il peut aller sans danger; mais on ne saurait trop recommander une grande prudence.

M. Debreyne (1) a, depuis plus de trente ans, employé la *belladone à haute dose* dans le traitement de l'épilepsie. Il cite un assez grand nombre de faits dans lesquels cette médication a eu les résultats les plus avantageux, et beaucoup d'autres médecins ont obtenu les mêmes résultats. C'est, suivant l'auteur, le médicament qui réussit dans le plus grand nombre de cas; il faut en élever la dose graduellement. M. Debreyne a pu la porter progressivement jusqu'à 65 centigrammes, dans les vingt-quatre heures; mais il est bien rare qu'on soit obligé d'arriver à ce degré, et que le commencement d'effet toxique ne force pas à s'arrêter.

Il faut encore citer l'emploi du *datura stramonium* (Greding, Störck, Hufeland), que l'on administre de la même manière que la belladone; de la *jusquiame*, qui fait partie de la préparation recommandée par M. Brachet; de la *ciguë*. Je me contente ici de cette énumération, devant, dans des considérations générales, apprécier la valeur de tous ces médicaments.

Toniques, *ferrugineux*. — On recommande les toniques, et principalement le *quinquina* (Tozzi, Grainger), même en l'absence de toute périodicité. Le docteur Lemontagner a cité un cas de guérison par le *sulfate de quinine* et par l'application réitérée des sangsues. Quant aux ferrugineux, on les prescrit, surtout dans le cas où l'éruption des règles est difficile, où il y a de l'*anémie* et de la *chlorose*.

Moyens divers. — Sous ce titre, je vais passer en revue quelques remèdes plus ou moins célèbres; et d'abord je mentionnerai le *nitrate d'argent*, très vanté par un grand nombre de médecins, et donné à la dose de 0gr,0010 à 0gr,15, et même 0gr,30 dans les vingt-quatre heures. Il résulte de l'examen des principaux faits dans lesquels cette médication a été employée, qu'elle n'a eu d'efficacité que dans des cas exceptionnels; et d'un autre côté, ainsi que le fait remarquer Georget,

(1) *Des vertus thérapeutiques de la belladone*. Paris, 1852, p. 19 et suiv. — *Thérapeutique appliquée*. Paris, 1850, p. 15.

on sait que le nitrate d'argent a des inconvénients réels, dont le moindre, lorsqu'on l'a employé longtemps, est de produire une teinte ardoisée de la peau, qui est affreuse à voir, qui ne se dissipe qu'au bout d'un temps très long, ou même reste indélébile.

Le *sulfate de cuivre ammoniacal* est encore un médicament qui a joui d'une certaine vogue, et sur 12 cas, M. Herpin a obtenu 4 cas de guérison par l'emploi de ce médicament ; on l'a donné à la dose de 0gr,05 à 0gr,10 par jour.

Je dois citer aussi l'*indigo*, dont la dose est de 1 à 30 grammes ; l'*acétate de plomb ;* l'*hydrochlorate de baryte ;* l'*huile de térébenthine* (1) ; l'*armoise*, administrée à la dose de 4 à 6 grammes (Burdach) ; la *pivoine ;* l'*ellébore ;* l'*huile de croton tiglium ;* le *narcisse des prés ;* le *gui de chêne ;* l'*iodure de potassium* (Magendie) ; la *noix vomique* (2), etc., etc.

MM. Salter et Bullar (3) ont rapporté des cas d'épilepsie très rebelle dans lesquels l'emploi du *cotyledon umbilicus* a eu pour effet, soit une amélioration extrêmement marquée, soit la guérison complète. Cette substance se donne sous forme de suc, à la dose de 4 à 6 cuillerées par jour en deux ou trois fois, ou bien à la dose de 25 centigrammes, en pilules deux ou trois fois par jour.

M. le docteur R. W. Evans (4) a employé avec succès, dans plusieurs cas qui avaient résisté à beaucoup d'autres moyens, la *scutellaire géniculée* administrée comme il suit :

℞ Scutellaire géniculée.... 8 gram.	Eau bouillante........... 250 gram.

Faites infuser. Dose : d'abord deux cuillerées à bouche toutes les huit heures, puis augmentez jusqu'à 60 grammes par jour.

Ce médicament, pour produire de bons effets, doit être employé au moins pendant cinq ou six mois.

Le *narcisse des prés* a été mis en usage dans un cas par M. Pichot (5). Ce médicament fut administré en poudre en un paquet de 3 décigrammes. On continua en augmentant de 3, puis de 6, enfin de 9 décigrammes de poudre. Après deux mois de traitement, il ne restait plus que quelques étourdissements passagers.

Je n'en finirais pas si je voulais citer tous les médicaments qu'on a opposés à l'épilepsie, car on a demandé des remèdes à presque toute la matière médicale. Ce qu'il faut redire, c'est qu'aucun de ces moyens, sauf l'oxyde de zinc, entre les mains de M. Herpin, ne se fait remarquer par des guérisons très nombreuses, et que les auteurs finissent presque tous par avouer que, dans le plus grand nombre des cas, l'épilepsie est incurable. J'ajoute seulement que chez un malade dont les accès ne duraient pas moins de trois jours, le docteur Maxwel (6) en abrégea la durée en donnant au malade le *bisulfate de quinine* de la manière suivante :

℞ Bisulfate de quinine...... 1 gram. Teinture aromatique...... 32 gram.	Eau chaude.............. 100 gram.

(1) Foville, *Dictionn. de méd. et de chir. prat.*, art. ÉPILEPSIE, t. VII, p. 418.
(2) Sidren, *Dissertatio de nuce vomica.*
(3) *London medical Gazette*, et *Bulletin génér. de thérap.*, mai 1849.
(4) *British American Journal*, et *Bulletin génér. de thérap.*, mars 1849.
(5) *L'Observation*, février 1851.
(6) *The Lancet*, décembre 1851, et *Bulletin génér. de thérap*, 29 février 1852.

Moyens externes. — Il suffit de les énumérer. Ce sont : les *vésicatoires*, les *moxas*, les *cautères* le long du rachis, la *cautérisation cervicale*.

M. le docteur Mettais (1) a, dans un certain nombre de cas, obtenu de très bons effets de *frictions faites sur le cuir chevelu avec la pommade stibiée*. Ces frictions doivent être faites avec précautions et partiellement, de manière à n'atteindre la totalité du cuir chevelu qu'en plusieurs jours. Elles déterminent toujours une vive inflammation et des douleurs dont il faut prévenir les malades.

M. le docteur Lebreton (2) a employé avec succès le *cautère actuel* sur la région sincipitale dans le cas suivant. Le malade était épileptique depuis huit ans et avait une crise tous les jours. « Je lui appliquai, dit l'auteur, sur le sommet de la tête un cautère actuel de deux lignes de diamètre ; l'application dura vingt-cinq secondes, et la pression du cautère était faite de manière à ne pas intéresser toute l'épaisseur de la peau. Il revint : il n'avait pas eu un seul accès.

» Je fis une seconde application du cautère actuel en suivant la direction de la suture. Il revint encore au bout de huit jours : point d'accès ; nouvelle application du cautère. Cette fois, je lui dis de ne revenir qu'au bout de douze jours. Il revint : point d'accès ; nouvelle application du cautère, plus superficiellement. J'exigeai qu'il revînt au bout de quinze jours ; le malade ne croyait plus à cette nécessité, se prétendant tout à fait guéri. » Le traitement avait commencé en juin ; en septembre suivant la guérison paraissait solide.

Dans le cas où l'on a observé l'*aura*, on a eu recours à la cautérisation entre le point de départ et les centres nerveux. Frank a fait pratiquer la *castration* dans un cas où la maladie paraissait avoir son point de départ dans les testicules ; des cicatrices douloureuses ont été cautérisées dans le même but. Il faut dire, avec Georget, que si ces moyens ont eu du succès, ce n'est que dans des cas exceptionnels, et qu'un médecin instruit et prudent doit se méfier beaucoup de ces cas étranges.

Si une *affection locale* étrangère aux centres nerveux paraissait être le point de départ des attaques, il faudrait la traiter avec énergie. Il est à peine nécessaire d'ajouter que l'épilepsie symptomatique d'une affection des centres nerveux ne peut être guérie qu'en faisant disparaître cette affection. Pour cette partie du traitement qui offre bien peu de chances de succès, il faut consulter ce que j'ai dit dans les articles consacrés aux maladies du cerveau et de la moelle.

D'après une théorie particulière, M. Marshall-Hall (3) a proposé, et même a pratiqué la *trachéotomie*.

Enfin, dans les cas reconnus incurables, et ce sont de beaucoup les plus nombreux, on est obligé de se borner au *traitement palliatif*, qui n'est autre chose que le traitement préventif des attaques, et qui consiste surtout dans un *régime sévère* et dans des soins hygiéniques bien entendus.

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire de donner un résumé critique de ce traitement, qui est tout de détails, et que j'ai cherché à apprécier chemin faisant.

(1) *Gazette médicale de Paris*, 5 février 1848.
(2) *Ibid.*, 1848.
(3) *Séances de l'Académie des sciences*, 2 juin 1851, et *Union médicale*, 7 juin 1851.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement des attaques :* Précautions nécessaires pour empêcher le malade de se blesser ; combattre l'asphyxie, si elle devient imminente ; saignée.

2° *Traitement des accidents qui suivent les attaques :* Saignée ; antispasmodiques ; calmants ; contenir les malades en délire.

3° *Traitement propre à prévenir l'invasion et le retour des attaques :* Ligature des membres ; compression ; inspiration ; ingestion de l'ammoniaque ; régime ; hygiène.

4° *Traitement curatif :* Émissions sanguines ; antispasmodiques ; narcotiques ; toniques ; ferrugineux ; moyens divers ; moyens externes ; traitement des affections locales ; traitement des maladies des centres nerveux.

TRAITEMENT PROPOSÉ PAR M. BROWN-SÉQUARD (1).

Ce traitement, conçu d'après la théorie proposée par l'auteur, renferme des prescriptions qui ne sont point admises jusqu'ici en France, telles que la section des nerfs.

1. La première chose à faire dans un cas d'épilepsie, est de rechercher si l'origine est à la périphérie. Tous les organes doivent être explorés aussi complétement que possible.

2. Si l'on a la certitude que l'épilepsie a son origine à la périphérie, il faut employer des moyens propres à établir une séparation entre les centres nerveux et ce point périphérique, ou à détruire entièrement la cause de l'excitation. Il faut d'abord, autant que la région le comporte, avoir recours aux ligatures. Il arrive quelquefois, comme cela avait lieu dans un cas très curieux rapporté par Récamier, que l'*aura* disparaît d'un endroit pour reparaître en un autre ; il faut en ce cas la poursuivre et appliquer des ligatures là où elle se montre.

3. Si les ligatures ne suffisent pas, ce n'est pas une raison pour désespérer de trouver d'autres moyens de guérison. Le nerf qui anime la partie de la peau où l'*aura* prend son origine, ou les muscles qui entrent les premiers en convulsion, sera mis à nu, et l'on y appliquera de l'éther sulfurique. Si ce moyen ne suffit pas, on fera la section du nerf.

4. L'amputation d'un membre pour guérir l'épilepsie est une action barbare ; il n'est besoin que de couper les nerfs.

5. Quelquefois des révulsifs violents, sétons, cautères, au voisinage de la partie où l'*aura* prend naissance, suffiront pour amener la guérison, mais ces moyens n'ont pas la même efficacité que le fer rouge.

6. Le meilleur mode de traitement de l'épilepsie paraît être l'application d'une série de moxas le long de la colonne vertébrale, et particulièrement à la racine du cou.

7. Il faut modifier la circulation dans les centres nerveux, principalement à l'aide des remèdes qui agissent sur les vaisseaux, comme la strychnine, et surtout ceux qui en amènent la contraction, comme la belladone, l'ergot de seigle.

(1) *Researches on epilepsy*. Boston, 1857.

8. La trépanation, dans les cas où une lésion du crâne l'indiquera, sera un moyen très utile.

9. La cautérisation de la membrane muqueuse du larynx, qui a été employée ivec succès dans des cas où existait un laryngisme très marqué, est un excellent noyen non-seulement de diminuer ou de prévenir le spasme du larynx, mais même le produire une modification dans la nutrition de la moelle allongée.

10. Un moyen trop négligé est la possibilité de transformer l'épilepsie en une ièvre intermittente, ainsi que cela résulte des faits observés par MM. Selade, Dunas, etc. La fréquence des manifestations de fièvre intermittente dans l'épilepsie, t les faits qui démontrent que les nerfs des vaisseaux sont excités dans les centres ierveux pendant l'accès de fièvre intermittente (la galvanisation des nerfs du grand ympathique cervical produit les phénomènes de la fièvre, savoir le *frisson*, puis la *haleur* et la *sueur*), montrent aussi qu'il y a une grande analogie entre l'épilepsie t la fièvre intermittente. Il en est de même pour l'efficacité de la ligature dans les eux maladies. La fièvre intermittente est une affection du système nerveux, cela st prouvé par un cas curieux de fracture de la colonne vertébrale dans lequel les arties paralysées demeurèrent dans leur état normal, tandis que le reste du corps résentait tous les phénomènes de la fièvre intermittente au plus haut degré Dr Knapp, *Journal of med.*, 1851). De ce fait et de quelques autres, nous conluons qu'il serait de la plus haute importance de tâcher de faire naître la fièvre intermittente chez les épileptiques.

11. Nous ajouterons que les moyens hygiéniques importent beaucoup au traitement, et que le défaut de sommeil doit être combattu aussi énergiquement que la maladie elle-même.

Quant au traitement des accès, nous ne saurions trop insister sur la nécessité e prévenir ou de diminuer l'asphyxie, car il paraît certain que la circulation du ang noir dans les centres nerveux prépare de nouveaux accès. Pour cela, le meilleur moyen sera : 1° de verser sur la face de l'eau très froide; 2° l'inhalation u chloroforme.

ARTICLE X.

HYSTÉRIE.

C'est aux premiers temps de la médecine qu'il faut remonter pour trouver les remières indications de l'hystérie; on la voit déjà mentionnée dans des écrits atibués à Hippocrate : mais on peut dire qu'il n'est pas d'affection qui ait donné eu, dans l'antiquité et dans les siècles derniers, à plus d'interprétations erronées. serait oiseux de s'occuper ici des diverses théories qui ont été soutenues aux différentes époques de la médecine; je me contenterai de dire qu'on a attribué les accès hystériques aux déplacements de l'utérus, à la difficulté de la circulation des sprits animaux, à la rétention de la liqueur spermatique, à la rétention des règles, une vapeur s'échappant de l'utérus et envahissant les organes de la circulation; n l'a attribuée également à une affection cérébrale; et enfin, dans ces derniers temps, on est revenu à l'opinion qui rapporte les attaques d'hystérie à un trouble térin, mais avec de très grandes modifications : car personne n'admet que l'uté-

rus se déplace en se portant çà et là dans l'abdomen, qu'il s'en échappe une vapeur maligne, etc.

Parmi les auteurs qui ont le plus fait pour l'histoire de l'hystérie, je citerai Galien (1), qui démontra anatomiquement l'impossibilité des déplacements énormes que l'on attribuait à la matrice; Fernel (2), à qui l'on doit cette théorie des vapeurs s'élevant de la matrice, qui a régné si longtemps, et a fait donner à cette affection le nom de *vapeurs*; Charles Lepois, qui a le premier placé dans le cerveau le siége de la maladie; F. Hoffmann (3), qui a décrit avec grand soin cette affection; Louyer-Villermay (4); Georget (5), qui a soutenu l'opinion que l'hystérie est une affection cérébrale; M. Foville (6), qui a défendu avec talent une opinion contraire à celle de Georget; M. Dubois (d'Amiens) (7), qui a donné une excellente critique des travaux publiés avant lui; puis M. Landouzy (8), qui, réunissant presque toutes les observations de quelque valeur, nous a donné un excellent travail auquel j'aurai beaucoup à emprunter dans cet article. Enfin, parmi les travaux les plus considérables qui aient été entrepris sur l'hystérie, nous signalons le *Traité de l'hystérie*, de M. Briquet (9), traité dans lequel nous avons puisé largement.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Toute définition de l'hystérie risque nécessairement d'être incomplète ou trop absolue, et l'on ne peut donner raisonnablement une définition qui comprenne toutes les opinions disparates et souvent opposées des auteurs. Les uns, en effet, ne voient dans l'hystérie que des phénomènes procédant de l'utérus. Tel est M. Landouzy qui définit cette affection : « une névrose de l'appareil générateur de la femme, revenant par accès apyrétiques, et offrant pour symptômes principaux un sentiment pénible de strangulation, etc..., et souvent des convulsions... » D'autres auteurs, sans s'expliquer sur le fond, constatent la variabilité des phénomènes de cette maladie : *Morbus simplex, sed morborum Iliada* (Rivière); *morbus ille aut potius morborum cohors* (Hoffmann).

Dans l'impossibilité où nous sommes de donner une définition qui satisfasse à toutes les opinions, nous empruntons à M. Briquet qui est de tous les auteurs actuels le plus compétent en cette matière, la définition suivante :

« L'hystérie est une névrose de l'encéphale, dont les phénomènes apparents consistent principalement dans la perturbation des actes vitaux qui servent à la manifestation des sensations affectives et des passions.

» ..... Les phénomènes hystériques ne sont souvent que la répétition plus ou moins troublée des actes par lesquels se manifestent les sensations pénibles, les

(1) *Œuvres médic. de Galien*, traduction de M. Ch. Daremberg (Paris, 1856, t. II, p. 685): *Des lieux affectés*, liv. VI, ch. v.

(2) *Universa medicina*, lib. VI, cap. xv : *De morbis uteri*.

(3) *De affect. spasm.*, etc. (*Opera omnia*).

(4) *Traité des maladies nerveuses*, etc. Paris, 1816, 2 vol. in-8.

(5) *Dictionn. de méd.*, art. HYSTÉRIE.

(6) *Dictionn. de méd. et de chirurgie pratiques*. Paris, 1833, t. X, p. 275.

(7) *Histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie*. Paris, 1837, in-8.

(8) *Traité complet de l'hystérie*. Paris, 1846, in-8.

(9) *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris, 1859.

affections et les passions tristes et violentes. Enfin, ces manifestations, par leur répétition fréquente, finissent par amener des lésions soit dynamiques, soit matérielles, dans les organes à l'aide desquels elles s'opèrent, et ajoutent ainsi une nouvelle série d'accidents qui viennent compléter la scène dont se compose l'hystérie. »

L'hystérie a été désignée par différents noms : *passio hysterica*, *hysterismus*, *spasmus; vapeurs*, *maux de nerfs*, *attaque de nerfs*, *hystéralgie*.

L'hystérie, dit M. Briquet, offre pour symptômes principaux une sensibilité extrême du système nerveux, des hyperesthésies diverses, au milieu desquelles dominent des douleurs à la région épigastrique, au côté gauche du thorax, et le long de la gouttière vertébrale gauche; des anesthésies intéressant principalement la peau, les muscles et les organes des sens; des spasmes dont les plus communs sont une oppression à l'épigastre, la sensation d'un globe montant de l'estomac à la gorge, et la strangulation; enfin des convulsions qui débutent par de la constriction épigastrique, qui s'accompagnent ordinairement de perte de connaissance, et qui se terminent par des pleurs et des sanglots, symptômes qui sont sous l'influence directe des affections morales.

L'hystérie est une affection extrêmement fréquente sous tous les climats et dans toutes les classes de la société. Suivant Sydenham, elle formerait la moitié des maladies chroniques des femmes. D'après M. Briquet, le quart des femmes prises en général est atteint d'hystérie, et un peu plus de la moitié d'entre elles sont ou hystériques ou très impressionnables.

§ II. — Causes.

Les causes de l'hystérie ont dû nécessairement attirer d'une manière toute particulière l'attention des auteurs. On a recherché dans quelles circonstances se produit cette névrose si commune, afin de trouver les moyens de la prévenir; mais malheureusement on n'a pas, ainsi que nous allons le voir, procédé toujours méthodiquement dans la recherche des causes.

1° Causes prédisposantes.

[*Age*. — Il résulte d'un tableau dressé par M. Landouzy sur 351 cas, que la plus grande fréquence de l'hystérie est de quinze à vingt ans, vient ensuite celle de vingt à vingt-cinq; pour M. Briquet, un cinquième des hystériques l'est devenu avant la puberté. L'époque du maximum de l'hystérie est de douze à dix-huit ans; elle comprend les deux cinquièmes des hystériques. La prédisposition va très rapidement en croissant de douze à dix-huit ans, elle va diminuant de cet âge à vingt-cinq ans, elle est très faible de vingt-cinq ans à quarante ans; enfin elle est presque nulle de quarante à soixante ans.

Sexe. — Si l'on s'en tenait à l'étymologie du mot *hystérie*, on serait tenté de dire que l'utérus seul donne lieu à cette maladie. L'expérience montre, en effet, que les femmes sont presque exclusivement sujettes à l'hystérie, et suivant quelques auteurs, soutenir que l'homme peut en être atteint, c'est risquer de passer pour paradoxal. Cependant l'évidence des faits doit vaincre les préjugés, et les faits d'hystérie chez l'homme cités par plusieurs auteurs et surtout par M. Briquet, ne laissent point de doute sur la participation de l'homme à quelques-uns des phénomènes morbides de l'hystérie.

Tempérament. — Peu d'auteurs ont échappé à la tentation d'expliquer l'hystérie par le tempérament nerveux, explication banale, pléonasme qui n'a même pas le mérite de s'appuyer sur des faits bien observés. Il est constant que ce qui prédomine chez les hystériques, comme chez la plupart des femmes, c'est le tempérament lymphatique ou lymphatico-sanguin, plus ou moins altéré par la maladie. Pour M. Briquet, « la prédisposition principale à l'hystérie consiste dans la facilité qu'a la femme d'être impressionnée péniblement. »

Habitation, milieu. — On ne trouve ni dans l'habitation, ni dans les conditions sociales, de raisons suffisantes de l'hystérie. En vain a-t-on prétendu que les femmes soumises à toutes les excitations factices qu'engendrent et entretiennent l'oisiveté et le luxe étaient les sujets les mieux disposés à l'hystérie. Cette assertion s'applique à certaine époque de notre histoire où les vapeurs, les attaques de nerfs vraies ou simulées étaient de mode dans un certain monde. Aujourd'hui l'expérience quotidienne montre que l'hystérie sévit tout autant sur les femmes de la campagne que sur les femmes de la ville, et qu'elle n'est le privilége d'aucune classe de la société. La cause que l'on pourrait invoquer avec plus de raison, c'est le trouble des *facultés affectives*, qui sont si facilement mises en jeu et souvent exaltées chez les femmes. Pour quelques auteurs, et surtout pour M. Briquet, les émotions morales violentes, et surtout le chagrin, sont les causes prédisposantes les plus habituelles de l'hystérie.

Puberté. — L'hystérie est plus fréquente vers l'époque de la puberté qu'à toute autre époque de la vie. Nul doute que les changements qui s'opèrent alors dans l'appareil génital, et l'état moral qui en résulte, n'aient une grande part dans la production de la maladie. Néanmoins il faut reconnaître que la *menstruation*, à laquelle on a fait souvent jouer le principal rôle dans la maladie, n'est que rarement cause d'hystérie. Dans une statistique donnée par M. Briquet, chez 87 sujets l'hystérie avait paru avant l'âge de puberté, chez 156 la menstruation se faisait bien, et chez 6 l'hystérie n'avait apparu qu'après la ménopause.]

L'abus des plaisirs vénériens, la *masturbation*, sont également rangés parmi les causes de l'affection qui nous occupe. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'on ne trouve parmi les femmes qui se livrent à la prostitution (1) qu'un très petit nombre d'hystériques, quoique ces femmes soient dans des conditions morales en apparence très favorables à l'apparition de la maladie. Il est donc bien difficile de faire la part de l'abus des plaisirs vénériens.

Continence. — M. Landouzy n'hésite pas à regarder la continence comme une cause puissante d'hystérie, et, pour lui, la continence a cette action non-seulement chez les femmes qui peuvent avoir des désirs dont elles connaissent la nature, mais encore chez des jeunes filles qui sont dans la plus parfaite ignorance. On a vu assez souvent le mariage guérir les attaques d'hystérie; les faits de ce genre viennent à l'appui de l'opinion dont je parle, et que cet auteur partage avec ceux qui l'ont précédé; mais nous ne connaissons pas d'une manière exacte l'action réelle de cette cause.

On a également attribué à l'*acte de la copulation sans aucun abus* la production

(1) Voy. Parent-Duchâtelet, *De la prostitution dans la ville de Paris*. Paris, 1857, t. I, p. 241.

le l'hystérie; mais les faits sur lesquels on s'est étayé sont beaucoup moins con-raincants que ceux qu'on a invoqués en faveur des causes précédentes. Il peut ar-iver que le coït soit une cause déterminante de quelques attaques d'hystérie; mais l n'en résulte pas pour cela qu'on doive le ranger parmi les causes prédisposantes orsqu'il n'y a aucun abus.

Saisons, climats. — On a remarqué que l'hystérie est plus commune au prin-emps et dans l'été que dans les autres saisons, et qu'elle se montre beaucoup plus réquemment dans les pays chauds que dans toute autre région; mais ce sont là des ésultats d'une appréciation générale, auxquels il serait bon de pouvoir substituer eux d'une statistique bien faite.

Hérédité. — Parmi les observations rassemblées par M. Landouzy, il en est quelques-unes dans lesquelles l'influence de l'hérédité ne paraît pas douteuse. [Sui-ant M. Briquet, « les sujets nés de parents hystériques sont, par le fait de l'héré-lité, douze fois plus prédisposés à l'hystérie que les sujets nés de parents non hys-ériques. La moitié des mères hystériques donnent naissance à des hystériques. Les ıystériques ont 25 pour 100 de parents atteints de maladies nerveuses ou de mala-lies de l'encéphale. »]

2° Causes occasionnelles.

Parmi les causes occasionnelles, celles qu'on doit placer en première ligne con-istent dans les *émotions morales* de toute espèce, lorsqu'elles ont un certain degré le vivacité : ainsi les accès de colère, les transports de joie, l'émotion qu'on éprouve n apprenant une nouvelle imprévue, etc., etc. Ces causes sont non-seulement dé-erminantes de la maladie, mais encore excitantes des attaques. Du reste, nous ı'avons point d'éléments suffisants pour déterminer le degré de leur action.

Imitation. — Il résulte de l'examen critique que M. Landouzy nous a donné des ıits cités à l'appui de cette cause, que son action est au moins douteuse. Cet uteur rapporte sa production, dans les cas où elle s'est manifestée à la vue 'une attaque chez un autre sujet, plutôt à la frayeur éprouvée par la malade qu'à ıne imitation dont il est bien difficile de comprendre l'influence; par conséquent, ette cause rentre dans celles que je viens d'indiquer.

Aménorrhée, dysménorrhée. — La plupart des auteurs ont accordé à la suppres-ion ou à la difficulté de l'éruption menstruelle une extrême influence sur la pro-uction de l'hystérie. M. Dubois (d'Amiens) a combattu cette manière de voir, et a ritiqué, sous ce point de vue, les observations invoquées par les auteurs; mais il e faudrait pas conclure des faits peu probants qui ont été rapportés, que la cause lont il s'agit ici a été signalée à tort. M. Landouzy a, en effet, cité un nombre con-idérable de cas dans lesquels le trouble de la menstruation a eu une influence évi-lente, et ce qui le prouve, c'est que, dès que la menstruation est redevenue nor-nale, on a vu ordinairement l'hystérie disparaître.

On ne peut pas se prononcer d'une manière tout à fait aussi positive relative-nent à la *menstruation trop abondante* ou à la *ménorrhagie;* les faits sont, en ffet, très rares dans lesquels cette cause s'est montrée d'une manière très évi-lente.

La *menstruation normale* a une influence marquée sur la production de l'hys-érie, et surtout sur l'apparition des attaques; les faits sont nombreux dans lesquels

une ou plusieurs attaques d'hystérie se montrent, soit dans le cours, soit immédiatement avant ou immédiatement après l'éruption menstruelle.

Quant à la *leucorrhée*, à la *grossesse*, à l'*accouchement*, à l'allaitement, qu'on a regardés comme des causes occasionnelles puissantes, un examen attentif des faits démontre qu'on a exagéré au moins leur importance.

On a encore cité la *répercussion des exanthèmes*, la *suppression des flux anormaux*; mais il résulte des recherches des auteurs récents, et en particulier de celles de M. Landouzy, que ces causes n'ont pas d'action réelle.

Altérations diverses de l'utérus. — Dans un des passages les plus intéressants de son ouvrage, M. Landouzy a démontré que, dans l'hystérie, les affections de l'utérus sont fréquentes, et qu'assez souvent on a vu la maladie se dissiper en même temps que l'affection utérine. Je reviendrai sur ce point lorsque j'aurai à parler des lésions anatomiques.

L'influence des lésions qui ont leur siége dans d'autres parties du corps, et notamment dans l'appareil cérébro-spinal, a une importance beaucoup moins grande, bien que l'on ait cité quelques faits dans lesquels les attaques d'hystérie se sont montrées immédiatement après que ces lésions ont été produites.

On voit que nous avons été fréquemment obligé, dans ce qui précède, d'indiquer nos incertitudes, si ce n'est sur l'action des diverses causes mentionnées, du moins sur le degré de cette action. Malgré les travaux intéressants que nous avons sur ce point d'étiologie, il n'en est pas moins certain que des recherches très exactes et suffisamment nombreuses sont encore à désirer sur un sujet aussi important.

§ III. — Symptômes.

On a proposé plusieurs divisions de l'hystérie; mais comme elles n'ont pas, pour la plupart, d'importance réelle pour la description des symptômes, je n'ai pas cru devoir les indiquer. Il suffit en effet, comme on pourra s'en convaincre, de décrire d'une manière générale l'affection, en ayant soin de mentionner quelques particularités qui donnent à certains cas une physionomie propre, et de distinguer deux formes principales, qui sont la *forme convulsive* et la *forme non convulsive*, distinction qui n'est nécessaire que pour la description des accès.

Prodromes. — Il résulte des dernières recherches que les prodromes sont constants ou presque constants dans l'hystérie. Sur dix-neuf cas observés par M. Beau (1), il n'en est pas un seul qui n'ait présenté des prodromes évidents. M. Landouzy (2) divise avec raison les prodromes en ceux qui précèdent l'invasion des accès et en ceux qui précèdent les accès eux-mêmes. Je suivrai cette division.

Prodromes de l'invasion de la maladie. — « Comme prodromes de l'invasion première de l'hystérie, on remarque, dit M. Landouzy, des modifications notables dans le caractère habituel, une grande irritabilité, une mobilité d'esprit et d'humeur continuelle, des impatiences, des crampes, des inquiétudes, des fourmillements, surtout aux extrémités inférieures; un besoin incessant de s'étendre, de s'étirer,

(1) *Archives génér. de méd.* Paris, 1836, 2e série, t. XI, p. 328.
(2) *Loc. cit.*

de marcher, de changer de position; des idées tristes, des pleurs ou des rires sans sujet; des rêvasseries, des rêves bizarres ou effrayants, des insomnies; tantôt des frissons vagues, tantôt une chaleur brûlante; fréquemment un froid glacial aux mains; des variations extrêmes dans l'appétit et les digestions; plus tard, des battements de cœur et des spasmes sous les moindres influences; enfin une gêne d'abord faible, puis très pénible à la gorge, une constriction douloureuse à l'épigastre et à la poitrine, et la sensation d'une boule qui monte plutôt de la poitrine que de l'épigastre.

» Il est bien difficile néanmoins, dans le cas où la crise est exempte de convulsions, de perte de connaissance ou de syncopes, d'établir des limites précises entre les phénomènes précurseurs et le paroxysme, les prodromes principaux se continuant sous forme de symptômes.

» Dans d'autres cas, il existe entre les prodromes et les symptômes proprement dits un intervalle marqué ou des différences telles, qu'il est impossible de méconnaître le moment où le paroxysme commence. D'autres fois enfin les prodromes cessent sans être suivis de la crise, soit par l'heureux résultat des moyens employés, soit par l'effet d'une émotion salutaire ou d'une puissante diversion. »

Prodromes des accès. — « Les prodromes des accès, ajoute M. Landouzy, sont plus nets, mieux déterminés. Au lieu de consister principalement en des modifications de caractère, d'humeur, d'appétit, comme les prodromes d'invasion première de la maladie, ils consistent en des troubles plus tranchés. Les premiers étaient plutôt des accidents généraux; les seconds sont plutôt des accidents particuliers.

» Les prodromes de l'invasion première étaient lents et insensibles; les prodromes des paroxysmes sont, en général, courts et subits.

» Les premiers se confondent souvent avec le paroxysme, dont il est difficile de les distinguer; les seconds en sont plus distincts, soit qu'ils annoncent l'accès d'une manière éloignée, soit même qu'ils l'annoncent d'une manière prochaine.

» Les plus fréquents parmi ces prodromes sont : la céphalalgie, et surtout la céphalalgie occipitale, les éblouissements, les mouvements involontaires des globes oculaires ou des paupières, les troubles de la vue, la tristesse, la pâleur du visage, des pandiculations, des bâillements, des tintements d'oreille, des propos incohérents, des cris, des rires et des pleurs sans motif, des éructations, la perversion de l'appétit, des battements, des sueurs subites, et plus souvent des frissons et un refroidissement général ou partiel, enfin des douleurs variées ou des fourmillements dans les membres, et quelquefois des mouvements spasmodiques ou convulsifs.

» L'émission d'une urine claire et limpide, qui marque si souvent la terminaison de l'accès, a été notée aussi comme prodrome constant dans deux cas où les termes mêmes de la description ne peuvent laisser aucun doute.

» L'intervalle qui sépare ces phénomènes de l'attaque est très variable; le plus généralement il est de quelques minutes, assez souvent de quelques secondes; quelquefois d'un ou de deux jours.

» Ces phénomènes précurseurs étant variables à l'infini, comme tous les phénomènes nerveux, on chercherait en vain une relation exacte entre tel genre de prodromes et telle forme d'accès; cependant il ressort de l'observation que les frissons, les bâillements, les palpitati[illegible] [illegible]noncent particulièrement la forme non convul-

sive, et surtout la syncope, tandis que le trouble de la vue, la céphalalgie et les spasmes légers précèdent ordinairementt les accès convulsifs. »

Je n'ai rien à ajouter à cette description si précise.

Début. — La maladie débute par un accès, et, par conséquent, en décrivant successivement les symptômes qui caractérisent les accès dans les deux formes que j'ai admises, je ferai connaître la manière dont la maladie commence.

Symptômes. — *Forme convulsive.* L'accès débute ordinairement, dans cette forme, par des cris, une agitation marquée, un sentiment de constriction de l'épigastre ou un serrement de la gorge, et bientôt une chute à laquelle succèdent les convulsions.

Ces *convulsions* sont très irrégulières : on voit les malades étendre leurs bras à droite et à gauche, agiter leurs jambes, se porter çà et là dans leur lit, se mettre tout à coup sur leur séant, et bientôt se rejeter brusquement sur le dos. Ces mouvements sont quelquefois si étendus et si violents, qu'on a beaucoup de peine à maintenir les malades dans leur lit, et que, si l'on n'y prenait garde, elles pourraient se blesser grièvement. Par moments elles s'accrochent avec force à tout ce qui les entoure, et elles serrent avec une si grande énergie, qu'on s'aperçoit que leur force est considérablement augmentée. Si l'on touche alors les muscles convulsés, on les trouve durs et saillants. On a vu des cas dans lesquels elles ont rampé avec vivacité dans toute l'étendue d'une salle; mais ces cas sont très rares et exceptionnels, ainsi que quelques autres dans lesquels on a observé des convulsions bizarres qui ne peuvent être considérées que comme un objet de curiosité : ainsi la courbure du corps en arc, la flexion de tous les membres, des positions extraordinaires, etc. J'en excepterai *certains mouvements du bassin* qui semblent indiquer des désirs vénériens, et qu'on a signalés comme tels, sans que néanmoins le fait soit parfaitement démontré. Des craquements des articulations se font entendre dans ces violentes convulsions; le plus souvent l'agitation des membres et les contractions rapides du tronc constituent seules ce symptôme capital de la maladie ; les autres formes de convulsions ne sont que des variétés dont l'importance n'est pas très grande.

Pendant que les malades présentent ces contractions violentes et involontaires des muscles de la vie de relation, on observe un symptôme très important qui prouve que pareille chose se passe dans les *muscles de la vie de nutrition.* C'est la contraction ombilicale et épigastrique, et la *sensation d'un corps étranger*, d'une boule qui remonte le long de l'œsophage jusqu'à la gorge, et qui détermine un sentiment de strangulation très pénible. Tout le monde connaît ce symptôme important, cette sensation particulière à laquelle on a donné le nom de *boule hystérique.* Chez toutes les malades qu'a interrogées M. Landouzy, il a constaté que cette boule était *tournoyante* pour l'abdomen et *ascendante* pour le thorax. Les malades manifestent ce symptôme, même lorsqu'elles ont perdu plus ou moins complétement connaissance, en portant vivement les mains à l'épigastre, à la gorge, et en faisant des mouvements comme pour en arracher un corps qui les menace de strangulation. Quelques-unes se frappent violemment la poitrine, la compriment avec force, cherchent à s'égratigner; déchirent leurs vêtements, s'efforcent parfois de mordre; en un mot, se livrent à des violences qu'on a quelquefois peine à concevoir.

Les convulsions s'étendent ordinairement aux *yeux.* Les paupières sont habi-

uellement fermées, quelquefois entr'ouvertes, mais presque toujours agitées d'un 'rémissement continuel. Le globe de l'œil est souvent le siége de mouvements plus ›u moins rapides. Les autres muscles de la face sont ordinairement exempts de :onvulsions; cependant on a vu les mâchoires presque aussi fortement serrées que lans le trismus, et des contractions rapides traverser les joues. Les narines sont .argement ouvertes. La tête est ordinairement un peu renversée en arrière.

Pendant les convulsions, la *face* est presque toujours animée, chaude et vul:ueuse. Chez quelques malades, elle présente seulement une rougeur assez vive ıux pommettes ; chez d'autres, elle est au contraire pâle et froide.

Du côté des *organes digestifs*, nous trouvons des accidents qui sont encore ·videmment dus à des contractions spasmodiques. Ce sont : 1° la constriction œsophagienne et pharyngienne ; 2° les contractions épigastriques et des *vomissements* qui se montrent dans un certain nombre de cas, et qui sont probablement lus à la contraction violente de l'estomac et du diaphragme ; cet organe et les in:estins se remplissent souvent de gaz, ce dont on s'assure par la palpation et la ›ercussion ; et l'on voit certaines malades rejeter brusquement ces gaz par la ›ouche ou par l'anus ; 3° du côté de l'abdomen, des borborygmes, un gargouillement qu'on ne peut attribuer qu'aux contractions spasmodiques de l'intestin, qui ont circuler rapidement les gaz et les liquides d'un point vers un autre. Si l'on ·xamine alors l'abdomen, on trouve fréquemment à sa surface des *bosselures* qui :hangent de place, et qui sont dues aux contractions dont je viens de parler ; parfois l y a une véritable *tympanite*, qui peut être portée au point que le corps surnage lans le bain (Brodie). 4° Enfin quelques observateurs, ayant cherché à introduire le doigt dans le rectum, ont trouvé que les sphincters étaient dans un état de constriction marqué, et d'autres ont observé des cas dans lesquels cette constriction était tellement forte, qu'on ne pouvait pas administrer des lavements. D'un autre côté, la convulsion s'étend au pharynx, d'où résulte une difficulté plus ou moins grande de la déglutition ; et comme on observe quelquefois un *ptyalisme* continuel, on a pu, dans certaines circonstances, croire à l'existence d'une *hydrophobie*.

La *respiration* est toujours laborieuse ; parfois elle est haletante, extrêmement accélérée, suspirieuse et incomplète ; d'autres fois, au contraire, elle est lente, et chaque inspiration est prolongée et profonde, comme si la malade avait été privée d'air pendant un temps trop long ; enfin, dans les accès les plus violents, on la trouve bruyante et stertoreuse. Chez quelques malades, on observe une toux fatigante et sèche ; mais les cas de ce genre sont rares. Le sentiment de suffocation dont j'ai parlé plus haut est un phénomène constant.

La *voix*, dans les accès très intenses, est souvent rauque, et la parole est entrecoupée. Les malades poussent parfois des cris déchirants, ou imitent ceux de certains animaux. On a cité des exemples d'*aboiement hystérique*, bien connus de tout le monde.

La *circulation* ne présente quelquefois, pour tout phénomène extraordinaire, que la lenteur du *pouls*, qui contraste avec les violents symptômes qui viennent d'être indiqués. Dans quelques cas, le pouls est petit et accéléré, et, dans d'autres, irrégulier et même intermittent ; les *battements du cœur* sont habituellement sourds et profonds, et, dans quelques cas, on a observé des *palpitations* et des battements tumultueux du cœur : ce sont ceux dans lesquels le pouls est accéléré et irrégulier.

On a cité quelques *bruits anormaux* du cœur et des vaisseaux comme appartenant à l'hystérie; mais l'observation nous apprend qu'il faut les attribuer à l'état anémique dans lequel se trouvent un certain nombre de malades.

La *syncope* est un phénomène qu'on observe assez fréquemment dans l'hystérie. Tantôt la syncope ne dure que quelques minutes, tantôt elle se prolonge pendant plusieurs heures et même pendant plusieurs jours; elle est alors nécessairement incomplète. Il y a, dans ces derniers cas, *mort apparente*, et il est arrivé qu'on a enseveli ou qu'on a été sur le point d'ensevelir des malades dans cet état (1). La syncope peut se terminer par la mort.

Pour terminer la description de l'accès convulsif de l'hystérie, il me suffira, après l'indication de quelques autres symptômes qu'on peut considérer comme secondaires, de décrire l'état des facultés intellectuelles et de la sensibilité, qui est, comme chacun sait, extrêmement important à étudier dans cette affection. Ces symptômes sont : les sanglots, les soupirs, les gémissements, le *rire convulsif* et parfois même l'éternument.

Chez un certain nombre de malades, *il n'y a pas de perte de connaissance*, et il en est même qui peuvent encore répondre par moments aux questions qu'on leur adresse. Mais le plus souvent, si l'accès a un peu d'intensité, bien que les malades conservent leur connaissance, qu'elles aient la conscience de tout ce qui se fait autour d'elles, qu'elles entendent tout ce qui se dit, elles ne peuvent ni parler ni faire comprendre ce qu'elles désirent. Georget a remarqué que, dans ces cas, les convulsions sont ordinairement moins violentes que dans ceux dont je vais parler et où l'on observe la perte de connaissance.

Cette *perte de connaissance* est complète ou incomplète; dans le premier cas, les malades ont entièrement perdu, après l'attaque, le souvenir de tout ce qui s'est passé depuis le moment où elles sont tombées. C'est alors surtout que l'on observe le gonflement, la teinte livide de la face, l'écume à la bouche, le grincement des dents, et un degré plus ou moins marqué d'insensibilité. C'est aux cas de ce genre qu'on a donné le nom d'*hystéro-épilepsie* (2), bien que, ainsi que le fait remarquer M. Landouzy, il n'y ait, à proprement parler, aucun symptôme d'épilepsie. Dans d'autres cas, les malades n'ont qu'un souvenir vague de ce qui s'est passé ; mais si, pendant l'attaque, on a fortement fixé leur attention, on a pu momentanément rappeler d'une manière complète la connaissance. Ce qu'il importe surtout de noter dans ce symptôme, c'est qu'il ne survient qu'après une certaine durée de l'attaque, et ne se manifeste jamais au début même, comme dans le cas d'épilepsie. M. Landouzy a insisté avec raison sur ce caractère important.

On a observé aussi, pendant les attaques d'hystérie, un *délire* gai ou furieux; on a vu des malades plongées dans une profonde *extase;* on a cité des cas de *somnambulisme*, et d'autres dans lesquels les malades, même les mieux élevées, ne pouvaient s'empêcher de prononcer les paroles les plus obscènes et de proférer les plus grossiers jurements.

Je pourrais parler ici de la paralysie, de la roideur tétanique, de la rétention d'urine; mais comme ces symptômes persistent en général après les attaques, j'aurai à m'en occuper plus loin.

(1) Bouchut, *Des signes de la mort*. Paris, 1849.

(2) Beau, *loc. cit.*

Bien que, comme je viens de le dire, il y ait des cas dans lesquels les malades présentent un degré plus ou moins marqué d'insensibilité aux excitants extérieurs, il est ordinaire de constater l'existence de *sensations douloureuses* dont elles conservent parfois le souvenir, même alors qu'elles ont paru avoir perdu complétement connaissance. Ces sensations consistent dans de vifs élancements ayant un siége variable, dans des déchirements, des tortillements, en un mot une très grande variété de douleurs spontanées.

Quelques-unes disent avoir éprouvé des troubles variables du côté des *sens* : ce sont des bourdonnements, des sifflements d'oreille, des éblouissements. Mais lorsque la connaissance est conservée, ni l'ouïe ni la vue ne sont abolies; seulement, relativement à cette dernière, il faut remarquer, comme je l'ai dit plus haut, que la constriction des paupières s'oppose à la vision.

Symptômes des accès non convulsifs. — Les accès non convulsifs existent évidemment dans l'hystérie, ils sont même très fréquents, et l'on ne comprend pas comment quelques auteurs, et en particulier Georget, ont pu regarder la convulsion comme le symptôme essentiel, nécessaire de cette maladie. Chaque jour les praticiens sont à même d'observer de semblables accès, dont les phénomènes se retrouvent tous dans l'attaque convulsive, et qu'il me suffira, par conséquent, de rappeler ici.

Au premier rang de ces phénomènes, il faut placer celui qu'on a désigné par le nom générique de *boule hystérique*, et que j'ai spécialement mentionné plus haut. Mais, bien que le plus souvent on ait à noter cette sensation d'une boule remontant du bas-ventre à l'épigastre et au cou, où elle détermine un sentiment marqué de strangulation et de suffocation, on ne laisse pas néanmoins d'observer, dans un assez bon nombre de cas, des sensations différentes, comme un sentiment de brûlure, un froid glacial, des frémissements, des tortillements qui occupent les mêmes points et causent une vive angoisse à la malade.

Du côté des *voies digestives*, on trouve des symptômes semblables à ceux qui ont été indiqués dans les attaques convulsives (difficulté de la déglutition, vomissements, borborygmes, coliques, météorisme, etc.).

On note aussi des bouffées de chaleur au visage; la *céphalalgie* particulière des hystériques (clou hystérique), et les troubles des diverses fonctions, tels que je les ai indiqués plus haut (palpitations, ralentissement du pouls, difficulté de la respiration, tintements d'oreille, etc.). Des *crampes* sont également observées dans quelques cas, et ce phénomène rapproche, jusqu'à un certain point, l'accès non convulsif de l'accès convulsif.

Les accès non convulsifs revêtent fréquemment les caractères que je viens d'exposer; mais, d'une part, il est des cas dans lesquels plusieurs autres symptômes importants viennent s'y joindre, et, de l'autre, il en est qui, au contraire, ne présentent qu'un très petit nombre de ces caractères. M. Landouzy a très bien exposé ces variétés dans le passage suivant :

« Dans cette forme non convulsive peuvent survenir, dit-il (1), la *perte* complète ou incomplète de *connaissance*, l'*extase*, le *somnambulisme*, les *idées délirantes*, la *syncope*, et enfin tous les autres accidents que nous étudierons plus loin (à

(1) *Loc. cit.*, p. 27.

propos des attaques convulsives dont j'ai déjà donné la description), sauf les convulsions.

» Réduite au contraire à son minimum d'intensité, la forme non convulsive consiste uniquement dans un simple paroxysme très long ou très court, constitué par la seule sensation plus ou moins pénible de la boule hystérique, avec bouffées de chaleur, pleurs, anéantissement, etc. »

Terminaison des attaques. — Il n'est pas très rare de voir la forme convulsive succéder à la forme non convulsive, et alors, après une plus ou moins grande durée de l'état qui vient d'être décrit, on voit les malades agitées des divers mouvements involontaires que nous avons indiqués plus haut. Mais, de quelque nature que soit l'accès, qu'il y ait eu ou non des convulsions, qu'il y ait eu ou non perte de connaissance, on voit, dans un très grand nombre de cas, apparaître des phénomènes qui annoncent la terminaison de l'attaque. Ce sont des cris, des plaintes, des gémissements, des soupirs, des éclats de rire, et surtout des *pleurs* qui se montrent dans l'immense majorité des cas.

Un autre phénomène qu'il importe de noter comme annonçant la terminaison de l'accès, est l'excrétion d'une *urine incolore et limpide*, semblable à de l'eau, et aussi, dans quelques cas, comme il résulte des faits rassemblés par M. Landouzy, une *excrétion utérine ou vaginale* plus abondante que de coutume.

État des malades immédiatement après l'attaque. — Pendant un temps plus ou moins long après l'accès, les malades sont dans un état d'abattement d'autant plus considérable que les phénomènes ont été plus violents. Elles éprouvent un brisement marqué des membres, et assez souvent même lorsqu'il n'y a pas eu de véritables convulsions. Leur caractère reste irritable; leurs sens sont exaltés; elles ont surtout une grande finesse de l'ouïe, et le bruit le plus léger les incommode.

La *céphalalgie* persiste ordinairement avec la forme qu'elle avait pendant l'attaque (clou hystérique); l'*intelligence* reste plus ou moins obtuse, surtout lorsqu'il y a eu perte complète de connaissance; les malades se livrent avec peine aux travaux de l'esprit; on en voit même qui ont du *délire* comme dans les moments qui suivent une attaque d'épilepsie.

La *paralysie* d'un ou de plusieurs membres, la *paralysie de la vessie*, la *dysphagie*, etc., la *roideur tétanique*, la *perte de la sensibilité* dans une partie du corps, etc., persistent ordinairement plus ou moins longtemps après que les autres symptômes ont disparu.

Les divers phénomènes qui suivent les accès se dissipent ordinairement au bout de quelques heures, d'un ou deux jours. Cependant ils peuvent exister plus longtemps, et c'est ce qu'on remarque en particulier pour l'*aphonie*, accident qu'on ne laisse pas d'observer assez souvent à la suite des fortes attaques d'hystérie. En traitant de l'*aphonie* (1), j'entrerai dans d'assez grands détails sur ce symptôme chez les hystériques; je dois donc me contenter d'y renvoyer le lecteur.

Etat des malades dans les intervalles des attaques. — Ainsi que je viens de le dire, les phénomènes qui succèdent aux attaques peuvent se prolonger outre mesure. J'ai vu à la Salpêtrière une jeune fille qui, après des attaques d'hystérie qui se reproduisaient environ tous les deux mois, avait une hémiplégie qui durait au

(1) Voy. article *Aphonie*.

moins quinze jours, et ne se dissipait que graduellement. L'aphonie peut également se prolonger pendant un nombre de jours assez considérable, et quelquefois on est obligé de lui opposer des moyens actifs; il en est de même de la roideur tétanique. On a vu des malades conserver pendant un temps assez long une altération des facultés intellectuelles.

[*Troubles de la sensibilité.* — Outre ces symptômes, on observe souvent chez les femmes attaquées d'hystérie, alors même qu'elles sont à une époque assez éloignée des attaques, des troubles de la sensibilité qu'il importe d'étudier. Les principaux sont l'*hyperesthésie*, l'*anesthésie* et l'*analgésie*. Les annotateurs de ce livre croient pouvoir emprunter à une publication récente de l'un d'entre eux les détails suivants, qui résument l'état de la science sur ce sujet (1) :]

« *Hyperesthésie.* — L'exaltation de la sensibilité générale de la peau, des muqueuses, et même des parties profondes de l'économie, porte le nom d'*hyperesthésie.* Ce phénomène diffère de la douleur en ce qu'il ne se révèle que par l'application ou le contact des excitants naturels de la sensibilité, tandis que la douleur est une sensation pénible qui se manifeste spontanément; néanmoins ces deux manières d'être de la sensibilité ont de nombreux rapports, car, dans les points où existe de la douleur, il y a toujours une hyperesthésie notable, et réciproquement, les points hyperesthésiés sont souvent le siége de douleurs spontanées.

» Ce symptôme, de même que l'anesthésie, fixait à peine l'attention des praticiens, il y a une dizaine d'années; il n'est pas mentionné dans la plupart des dictionnaires récents, et l'on doit reconnaître que c'est aux médecins livrés particulièrement à l'étude des affections de la peau, que sont dues les premières recherches sur ce sujet. (Cazenave, Rayer.)

» Chez les malades affectés d'hyperesthésie, la peau se trouve en général dans l'état naturel, sans éruption, sans trace d'inflammation. Quand on vient à la toucher, à la presser fortement, on ne détermine pas de douleur; si, au contraire, on en effleure légèrement la surface, les malades souffrent et poussent quelquefois des cris; la chaleur, le contact des vêtements, l'action de relever les poils contre leur direction normale, causent des douleurs excessives qui vont jusqu'à produire la syncope. Cette exaltation exquise de la sensibilité peut être comparée à celle de la peau dénudée de son épiderme. Elle n'est pas permanente ni toujours localisée dans le même point; elle revient soit le jour, soit la nuit; souvent elle s'épuise rapidement quand on excite toujours le même point des téguments, et fait place à une sorte d'anesthésie. L'hyperesthésie est fréquemment accompagnée de douleurs névralgiques superficielles ou profondes, et, parvenue à son plus haut degré, elle s'accompagne de rougeur et de chaleur, quelquefois d'une légère éruption papuleuse, de l'érection des follicules pileux, en un mot, d'un état d'éréthisme et d'une véritable fièvre locale; mais cet état n'est jamais que passager.

» Les muqueuses participent quelquefois à cette exaltation du sentiment; on ne peut pas les toucher légèrement sans causer de la douleur; nous avons constaté ce fait à la bouche, dans les fosses nasales. Les organes des sens ont aussi leur hyperesthésie spéciale.

» L'hyperesthésie des viscères est très commune; on a étudié surtout celle de

(1) V. A. Racle, *Traité de diagnostic médical*, 2ᵉ édit. Paris, 1859. — Voyez aussi Briquet, *Traité clinique et théra peutique de l'hystérie*. Paris, 1859, p. 267

l'utérus, de l'urèthre, de la vessie ; et on les a décrites comme des névralgies (Malgaigne), ce qui est parfaitement justifiable d'ailleurs, puisque ces deux modifications de la sensibilité se montrent habituellement ensemble. L'hyperesthésie de l'utérus se reconnaît lorsqu'on pratique le toucher ; on trouve alors un ou plusieurs points douloureux, et qui cependant ne présentent pas de lésion organique ; quelquefois le vagin, l'orifice vulvaire, sont hyperesthésiés de façon à rendre le toucher, le coït impossible ; quelques femmes hystériques ont de la rétention d'urine ; on les sonde, et l'on trouve alors une excessive sensibilité du méat urinaire, de l'urèthre ou du col de la vessie.

» L'hyperesthésie est souvent superficielle et semble occuper les extrémités papillaires des téguments ; aussi ne se perçoit-elle, en général, que par un contact très léger, comme nous l'avons dit.

» Mais quelquefois elle réside dans le périoste, les os, les muscles, témoin les douleurs qu'on détermine chez les hystériques en pressant, dans quelques cas, les apophyses épineuses des vertèbres dorsales ou cervicales ; dans d'autres, les muscles des gouttières vertébrales, les attaches de quelques muscles, etc.

» Nous répéterons, à propos de l'hyperesthésie, ce que nous avons dit de l'anesthésie. Dans la très grande majorité des cas, elle existe indépendamment de toute affection matérielle appréciable des centres nerveux, et, loin d'être un symptôme des maladies cérébro-rachidiennes, elle doit détourner le médecin de penser à une affection de cette nature. Vers 1840 et 1841, on considérait encore cette exaltation de la sensibilité comme particulièrement propre aux affections de la moelle, et l'on regardait comme traduisant une maladie des enveloppes de cet organe les points douloureux que les hystériques présentent dans les gouttières vertébrales ou sur les apophyses épineuses des vertèbres. Mais, en 1844, M. Cazenave considérait déjà ce symptôme comme dépendant quelquefois exclusivement de la peau, et plus tard, enfin, M. Gendrin et d'autres médecins le rapportaient à des névroses diverses. Nous ne parlons pas de l'opinion qui explique cette sensibilité exagérée chez les hystériques par un engorgement inflammatoire de la peau (Brodie.)

» Les *hystériques*, soit avec, soit sans attaques, ont toutes ou presque toutes des points d'hyperesthésie ; les unes le savent et s'en plaignent, d'autres ne s'en aperçoivent pas. Cette sensibilité exagérée n'est jamais aussi étendue que l'anesthésie ; elle occupe presque toujours une surface très étroite, et de quelques centimètres seulement : de là la dénomination de *points d'hyperesthésie*, *points douloureux*, *clou*, *œuf hystérique*, etc. Le siége en est très variable. Depuis très longtemps on connaît le clou hystérique siégeant à la tête, et qui est constitué tantôt par une douleur spontanée, tantôt par une douleur qui s'éveille seulement par la pression : mais les recherches récentes ont montré que ce clou se rencontre aussi le long de la colonne vertébrale, soit sur une ou plusieurs apophyses épineuses, soit dans les muscles des gouttières dorsales ; à la base de la poitrine, au niveau des attaches des muscles grand dentelé, droit antérieur de l'abdomen (Briquet, Bezançon) ; au niveau de l'extrémité inférieure de ces derniers muscles, sur le pubis, dans les flancs, au niveau de la pointe du cœur, à l'épigastre ; en un mot, dans un grand nombre de points. Les douleurs siégent principalement au côté gauche du corps ; elles sont superficielles ou profondes, selon qu'elles ont leur point de départ dans la peau ou dans les muscles.

» Il arrive souvent qu'en touchant la peau on éveille non-seulement une vive douleur, mais encore une contraction convulsive et permanente des muscles sous-jacents, circonstance qui pourrait faire croire à une affection plus profonde et plus grave que celle qu'on a réellement sous les yeux. M. le docteur Bezançon cite un cas où l'hyperesthésie occupait la peau de la paroi abdominale, et déterminait la contraction des muscles au point de faire croire à l'existence d'une péritonite.

» Cette hyperesthésie coïncide avec l'anesthésie, et l'on constate l'une et l'autre à quelques centimètres de distance; mais leur étendue n'est pas la même, la première étant toujours plus limitée que la seconde.

» Du reste, elle varie, se déplace, revient avec une grande facilité; il y a des jours où elle manque, d'autres où elle est exquise. En général, tout ce qui trouble le moral des malades a une grande influence sur la réapparition de l'hyperesthésie.

» L'excès de sensibilité des muqueuses n'est pas rare chez les hystériques.

» *Anesthésie et analgésie.* — Les recherches récentes de M. Beau (1) établissent qu'il existe deux espèces de sensibilité dans la peau et dans les membranes muqueuses voisines des orifices naturels : l'une est la sensibilité au tact, l'autre la sensibilité à la douleur. La première a pour objet de faire percevoir le contact ou les impressions de différents ordres des corps extérieurs : c'est à l'aide de cette sensibilité qu'on perçoit la résistance, la forme, la température, l'état de la surface des corps; la seconde espèce de sensibilité est celle qui a pour but de nous faire connaître les impressions nuisibles et douloureuses produites par les différents agents qui nous entourent : c'est par elle que l'on sent la piqûre, le pincement, la torsion, etc. Ces deux espèces de sensibilité sont tellement distinctes, qu'elles peuvent être isolées. Quelques-uns des tissus profonds de l'économie ne possèdent que la seconde : les ligaments, par exemple, incapables de sentir le simple contact des corps extérieurs et d'en apprécier les qualités, sont cependant fortement influencés par le tiraillement et deviennent alors douloureux. La peau jouit au contraire de deux propriétés sensitives; or, dans l'état morbide, il peut se faire qu'elle perde l'une d'elles ou toutes les deux à la fois, et il en résulte alors des phénomènes particuliers qu'on doit consulter à titre de symptômes.

» La peau peut perdre la sensibilité à la douleur sans perdre la propriété du toucher. On s'assure de ce fait en touchant d'abord la peau et ensuite en la piquant, la pinçant, la tiraillant, etc.; les malades disent alors qu'ils sentent bien qu'on les touche, qu'on agit sur leur peau; ils sentent même bien qu'on les pique et qu'on les pince, mais ils n'éprouvent aucune sensation douloureuse. Nous comparons ce phénomène à celui qui se passe dans la congélation commençante, dans l'ivresse, dans l'action du chloroforme, dans la contusion ou la compression des nerfs (exemple : contusion du nerf cubital au coude). Si l'on plonge pendant quelque temps un doigt dans la glace, il se refroidit et pâlit, puis devient pendant un temps insensible à la douleur, sans avoir perdu pour cela la faculté tactile. Avant le sommeil produit par le chloroforme, la surface du corps devient à peu près insensible à la douleur (engourdissement chloroformique). Le même phénomène se remarque aussi dans l'ivresse : tout le monde est témoin de l'indifférence avec laquelle les ivrognes reçoivent des blessures. Nous avons à l'Hôtel-Dieu pratiqué une fois une

(1) *Journ. de chir. Revue médicale.*

suture de la peau chez un homme ivre qui venait de faire une chute sur une bouteille cassée, et qui s'était fait à la cuisse une plaie de 2 décimètres environ de longueur. Le blessé ne s'aperçut pas de l'introduction des épingles dans la peau, et il quitta l'hôpital immédiatement après le pansement. Tous ces exemples montrent que la peau peut perdre la sensibilité à la douleur sans avoir perdu sa propriété tactile.

» Nous ne croyons pas que le contraire ait jamais été observé. Quand la sensibilité au tact est abolie, l'autre espèce est également détruite ; au moins nous n'avons jamais observé d'exemple du contraire.

» Dans l'état morbide, cette double faculté peut être diminuée ou détruite. La perte de la sensibilité au tact a reçu le nom de *paralysie de la sensibilité* ou d'*anesthésie ;* celle de la sensibilité à la douleur a reçu celui d'*analgésie* (Beau), et nous ne pouvons que conserver cette distinction très ingénieuse et très réelle : seulement nous décrirons simultanément ces deux paralysies, et nous ferons en quelque sorte parallèlement leur histoire pathologique, à cause des nombreux points de contact qu'elles ont entre elles.

» L'*anesthésie* proprement dite, qui a été connue de tous les temps, est beaucoup plus rare que l'analgésie, et elle a différents degrés. Quelquefois elle est absolue, à tel point que les malades ne sentent absolument pas le contact des corps. M. le professeur Bérard cite, dans ses cours, l'exemple d'un homme qui était affecté d'une lésion du rameau mentonnier de la cinquième paire, et qui avait si complétement perdu la sensibilité de la lèvre inférieure, qu'en buvant il croyait toujours que le verre dont il se servait était ébréché dans le point où il touchait cette lèvre. D'autres fois la sensibilité est seulement obtuse ; quand c'est aux pieds, les malades ne sentent pas bien le sol en marchant ; ils croient marcher sur du coton, sur quelque chose d'élastique ; pieds nus, ils ne distingueraient pas le carreau d'un parquet de bois. Si la paralysie siége aux mains, ils saisissent mal les objets, les lâchent croyant les serrer, n'en distinguent ni la forme ni les caractères physiques. Si l'insensibilité occupe le tronc, les jambes, les bras, on ne s'en aperçoit qu'en touchant, en pressant les parties ou en promenant les doigts légèrement à la surface et en comparant le degré de finesse du tact avec celui du côté opposé et symétrique du corps. Mais en général la plupart des malades remarquent assez bien qu'ils sont privés de cette espèce de sensibilité, tandis qu'il n'y en a presque pas un qui remarque spontanément l'existence de l'analgésie proprement dite.

» Cette espèce de paralysie est extrêmement variable pour le siége, l'étendue, la fixité, etc.

» On appelle *analgésie* l'insensibilité à la douleur. Les malades, ainsi que nous l'avons dit, ne la remarquent pas, et par conséquent ne l'accusent presque jamais spontanément, et la plupart sont fort surpris quand on leur fait observer qu'une portion plus ou moins étendue de leur corps n'est plus impressionnable à la douleur.

» On constate l'analgésie en piquant la peau avec une épingle, en la pinçant légèrement, en la tordant, ou enfin en tirant les productions pileuses qui peuvent s'y trouver ; on peut aussi cautériser la peau, y faire naître des phlyctènes sans occasionner de douleur (Henrot) (1) ; pour les muqueuses, il suffit de les toucher simplement avec les doigts, avec les barbes d'une plume, etc.

(1) Thèse. Paris, 1847.

» L'analgésie est souvent fort peu étendue; nous l'avons vue limitée à un seul doigt, à une étendue de la peau qu'on pouvait couvrir avec une pièce de monnaie, de sorte qu'il faut de la patience et un examen minutieux pour la découvrir; cependant la décroissance de la sensibilité se fait suivant certaines lois qui rendent les explorations moins difficiles. M. Beau a remarqué que l'analgésie débute de préférence par les membres et surtout par les avant-bras; qu'elle est toujours plus prononcée vers leur partie postérieure qu'à leur partie antérieure, et qu'on est à peu près certain de la trouver dans le premier siége quand elle existe dans le second, sans que la réciproque soit vraie cependant; elle est aussi fort commune sur le devant de la poitrine, à l'épigastre, mais alors on la trouve presque toujours aux avant-bras. Chez d'autres malades, l'analgésie est hémiplégique et presque constamment elle siége au côté gauche du corps (1). Enfin, il est rare qu'elle existe sur les muqueuses sans occuper une étendue plus ou moins grande de la peau.

» Nous n'avons jamais observé ce degré extrême d'insensibilité signalé en ces termes par M. le docteur Henrot : « Si l'on ferme les yeux du malade, on peut » placer ses membres dans tous les sens, et il n'est aucunement averti des nouvelles » positions qu'on leur donne; on peut les tordre violemment dans tous les sens, le » malade ne s'en aperçoit nullement. » Il existe dans ces faits extraordinaires et fort rares une complexité que l'auteur n'a pas assez remarquée. En effet, la peau n'est pas seulement frappée d'anesthésie et d'analgésie, mais encore les muscles ont perdu la sensation de leur propre contraction. M. Duchenne (de Boulogne) seul, à notre connaissance, a étudié dans ces derniers temps ce singulier phénomène; il a reconnu dans les muscles une faculté nouvelle, qu'il nomme *conscience musculaire* (2), et qui se rapproche beaucoup de celle que M. Gerdy a nommée *sensation d'activité musculaire*, et Ch. Bell, *sens musculaire*. En vertu de cette faculté, les muscles peuvent, sous l'influence de la volonté, exécuter les mouvements qui leur sont propres; et ils ont, tout seuls, localement, et sans le concours d'un autre organe, la sensation du mouvement qu'ils opèrent. Mais lorsqu'ils ont perdu ce que M. Duchenne appelle leur *conscience*, ils ne peuvent plus exécuter un seul mouvement, sans l'intervention de la vue. Alors, si l'on fait fermer les yeux au malade, il ne peut plus contracter les muscles affectés, ou bien il exécute des mouvements irréguliers; si les yeux sont ouverts, au contraire, le malade, en regardant ses membres, peut leur faire accomplir les mouvements les plus variés avec une grande précision. Évidemment il s'agit, dans ce cas, d'une *anesthésie musculaire*.

Les muqueuses principalement affectées sont la conjonctive, la muqueuse des fosses nasales, celle de la langue, de la vulve, du vagin, etc. ; dans ces différents siéges l'insensibilité occupe quelquefois une grande étendue, d'autres fois un seul point; elle y est ou très légère ou très prononcée. On peut chez quelques hystériques, par exemple, promener le doigt à la surface d'un des yeux sans causer de douleur, tandis que celui du côté opposé demeure très sensible ; chez d'autres, une partie de la langue peut être percée avec des épingles, déchirée, mordue, sans douleur appréciable.

Indiquée vaguement par beaucoup d'auteurs, la perte de la sensibilité dans l'hys-

(1) Briquet, *De l'anesthésie chez les hystériques* (*Union médicale*, août 1858).
(2) *De l'électrisation localisée*. Paris, 1855

térie n'a été étudiée complétement que dans ces derniers temps, par M. Gendrin (1846). Dans ces premières recherches, ce symptôme est désigné sous le nom d'anesthésie et considéré comme un phénomène permanent et succédant aux attaques. Les recherches plus récentes, appartenant à MM. Beau, Briquet (1), Bezançon, et un peu à tout le monde, il faut le dire, doivent modifier légèrement les résultats de M. Gendrin, sans leur ôter leur importance et leur nouveauté. En effet, la perte de la sensibilité dans l'hystérie est, dans la grande majorité des cas, une analgésie, et non une anesthésie, et elle n'est pas nécessairement liée aux attaques convulsives. Quoi qu'il en soit de cette question, voici ce qu'il y a d'essentiel à savoir à ce sujet.

Il y a au moins deux formes d'hystérie : l'hystérie convulsive et l'hystérie simple, qui ne se traduit que par de légers spasmes, et qu'on pourrait avec Pomme appeler hystérie *vaporeuse*. Dans l'une et dans l'autre forme la perte de la sensibilité se remarque, et elle est parfaitement indépendante des convulsions cloniques ou attaques de nerfs. Cette perte de sensibilité consiste en une analgésie; quelquefois, mais très rarement, il y a de l'anesthésie véritable. Les malades conservent ordinairement la sensibilité tactile, mais si on les pique, si l'on enfonce des aiguilles dans la peau, dans les muscles, elles ne ressentent pas de douleur; les muqueuses sont aussi insensibles soit à leurs excitants naturels, soit surtout aux impressions douloureuses; on peut promener le doigt sur la surface de la conjonctive sans que les malades en souffrent, et exécutent le mouvement de clignement; quelquefois cependant la cornée est aussi impressionnable que dans l'état naturel; on peut titiller les fosses nasales, le conduit auditif avec une plume, sans provoquer de sensation désagréable, introduire le doigt jusqu'à l'isthme du gosier sans déterminer le vomissement; le vagin, le rectum, l'urèthre, peuvent être devenus insensibles de la même manière; la vessie perd quelquefois sa sensibilité spéciale, et, les malades ne ressentant plus le besoin d'uriner, on est obligé de les sonder; chez d'autres, le coït ne produit plus aucune impression agréable. Les organes des sens s'affectent également, mais moins souvent que la peau; on observe alors une diminution de l'ouïe, du goût, de l'odorat, de la vue, diminution dont les malades ne se doutent pas; l'affaiblissement de la vue d'un seul œil, laquelle va quelquefois jusqu'à l'amaurose complète (Bezançon). L'insensibilité n'est jamais générale; le plus souvent elle n'occupe que quelques points de la peau et des muqueuses et presque toujours des points de la moitié gauche du corps. Dans la majorité des cas elle occupe la moitié gauche de la face et l'œil correspondant, le haut de la poitrine, l'épaule, quelquefois le bras et la main; elle est rare au tronc et surtout aux membres inférieurs.

L'analgésie hystérique est de longue durée, permanente, mais ce dernier caractère est difficile à apprécier, parce que les malades ne se doutent pas le plus ordinairement de la perte de la sensibilité dont elles sont affectées; elles ne s'en aperçoivent que quand elle siége aux doigts, parce qu'elles remarquent qu'elles peuvent, en cousant, se piquer impunément à une main, tandis que l'autre main est douloureusement impressionnée par l'introduction de la pointe d'une aiguille.

Ce phénomène est cependant sujet à se modifier, soit dans son siége, soit dan

(1) *Union médicale*, 1858.

son étendue. Il y a des jours où les malades éprouvent plus de malaise que de coutume; on est à peu près certain de trouver alors l'analgésie plus étendue ou plus marquée que les jours précédents. Le traitement par les toniques, les opiacés et l'électricité (Briquet, Duchenne), la font disparaître aussi d'une manière lente, graduelle et quelquefois complète.

Cet accident n'empêche pas les malades de ressentir des douleurs vagues, des élancements, des névralgies dans les points insensibles eux-mêmes ou ailleurs, et de présenter tous les autres phénomènes hystériques plus ou moins prononcés.

Quand on rencontre ces phénomènes d'insensibilité chez une femme qui présente de la douleur épigastrique et dorsale, des points douloureux vagues, une céphalalgie habituelle, des syncopes, le sentiment d'étranglement à la gorge, qui pleure, sanglote ou rit sans motif; lorsque, enfin, ces accidents succèdent à quelque émotion, à des chagrins, on peut considérer la femme comme bien et dûment hystérique (Bezançon), sans qu'il soit nécessaire d'attendre, pour se prononcer, l'apparition des attaques convulsives; et l'on ne serait nullement fondé à croire à l'existence d'une affection matérielle des centres nerveux.

Des recherches dignes d'intérêt sur l'anesthésie ont été publiées récemment par M. le docteur Aug. Voisin (1), et nous en donnons un résumé destiné à compléter l'étude précédente.

L'auteur commence par établir comme fait d'observation que : sauf quelques exceptions, l'*anesthésie cutanée, considérée dans l'hystérie, suppose une attaque avec perte de connaissance.* Bien que nous ne partagions pas cette opinion, il nous a semblé qu'il était nécessaire de la faire connaître pour engager les praticiens à en vérifier l'exactitude. Dans tous les cas, nous croyons devoir laisser parler l'auteur sur divers autres points qui lui fournissent l'occasion de présenter des remarques pleines de justesse et d'intérêt et que nous acceptons avec empressement.

« *Siége de l'anesthésie.* — M. Briquet et les auteurs qui, dans ces derniers temps, ont écrit sur l'hystérie, ont noté ce fait que la paralysie siégeait presque toujours dans le côté gauche du corps.

» Nous avons pu vérifier ce point de pathologie chez dix malades, une seule faisait exception et présentait la paralysie à droite.

» Ou bien l'anesthésie est mal limitée et peut occuper la face externe des membres et surtout des avant-bras; ou bien elle occupe, plus rarement il est vrai, toute la surface cutanée; ou bien elle se localise exactement dans une moitié du corps et simule parfaitement l'insensibilité liée à une affection cérébrale organique.

» *Coexistence de l'anesthésie et de l'hyperesthésie dans une même région.* — Un autre phénomène nous semble remarquable; je veux parler de la coexistence dans une même région de l'anesthésie et de l'hyperesthésie.

» Cette apparente contradiction pathologique me semble expliquée par les recherches de M. Briquet sur l'hyperesthésie. Ses patientes études ont démontré que l'hyperesthésie hystérique est une douleur musculaire; la sensibilité cutanée ayant son siége dans les radicules nerveuses de la peau, leur existence est indépendante l'une de l'autre, et l'on comprend que l'anesthésie cutanée et l'hyperesthésie puissent

(1) *De l'anesthésie cutanée hystérique* (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.* Paris, 1858.

exister simultanément dans la même région. Cette différence de siége anatomique de ces deux états morbides explique encore comment M. Briquet peut galvaniser les régions hyperesthésiées sans provoquer de vives douleurs. La peau étant plus ou moins insensible, la malade ne ressent que peu ou point la douleur électrique.

» *Deux formes d'anesthésie.* — L'anesthésie cutanée hystérique se présente sous deux formes :

» 1° Une forme légère est celle qui suit les premières attaques ; elle n'est que passagère et d'une durée de quelques heures au plus.

» 2° Une forme grave succède à des attaques réitérées, est symptomatique de l'hystérie confirmée et peut persister plusieurs années.

» L'anesthésie n'est quelquefois annoncée par aucun symptôme ; cependant on a observé comme phénomènes prodromiques des fourmillements et des inquiétudes dans les membres.

» *Étude symptomatologique de l'anesthésie cutanée.* — Nous étudierons séparément le tact passif et le tact actif : le premier comprenant toutes les sensations que nous percevons sans l'intervention de la volonté, et ayant son siége sur toute la surface de la peau ; le second, ou le toucher proprement dit, nécessitant l'intervention de mouvements volontaires dont le but est de multiplier les points de contact de la peau avec les objets extérieurs. La paume de la main est le siége de prédilection de ce tact actif.

» L'étude du tact passif au point de vue de l'hystérie comprend la pathologie des sensations de douleur, de contact et de température absolue. Nous n'étudierons pas, comme le veut M. Beau, la sensation de chatouillement dans le même chapitre que la sensation de douleur ; nous chercherons à démontrer que la sensation de chatouillement fait partie de la sensation de contact.

» *Sensation de douleur.* — La diminution ou l'absence de la sensation de douleur, ou l'analgésie, ainsi que la désigne M. Beau, est le premier phénomène paralytique de l'hystérie. M. Beau la considère comme apparaissant toujours avant la paralysie de la sensation de contact. Son opinion a été considérée comme trop absolue par M. Landry, qui a cité des observations tendant à démontrer que la paralysie de la sensation de contact précède quelquefois l'analgésie.

» Quant à nous, nous avons pu confirmer l'assertion de M. Beau, dans tous les cas qui ont été soumis à notre observation.

» L'analgésie est complète ou incomplète.

» Tout d'abord incomplète après les premières attaques, elle ne devient absolue que lorsque la maladie est déjà ancienne.

» Certaines malades atteintes d'analgésie incomplète présentent ceci de particulier, alors qu'on les pince : pendant quelques secondes, aucune douleur ; que si l'on pince plus fort, la douleur se manifeste, mais alors seulement que la pression a été très énergique ; la sensation ne se produit qu'au summum de l'effort de celui qui pince.

» D'autres fois, la malade n'éprouve la douleur que quelques secondes après qu'on a cessé de pincer.

» Chez certaines hystériques, l'analgésie est localisée dans certains points du corps très limités : chez l'une, c'était la conjonctive oculaire gauche ; chez une autre un point limité de la face externe du bras gauche ; chez la plupart l'analgésie

occupe toute une moitié du corps, le plus souvent la gauche. Rarement elle existe à droite.

» Les malades sont plus ou moins insensibles aux piqûres, à l'application du pinceau électrique ; on arrive par ce dernier moyen à rougir la peau sans qu'elles en éprouvent la moindre sensation douloureuse : c'est ce qui explique, ce me semble, comment les hystériques supportent si bien la galvanisation que M. Briquet applique au traitement de l'hyperesthésie musculaire.

» La douleur électrique ne se produit dans certains cas que quelques secondes ou quelques minutes après les premières décharges ; dans d'autres, elle est nulle, et la seule sensation éprouvée est celle d'un simple contact.

» L'analgésie existe aussi bien dans les muqueuses qui tapissent les ouvertures naturelles. Chez la plupart de nos malades, la muqueuse de la narine gauche était insensible aux piqûres.

» Chez deux hystériques, la muqueuse de la moitié gauche de la vulve ne ressentait pas les piqûres faites avec une épingle ; la sensibilité était dans ces deux cas restée intacte en arrière de l'orifice vulvaire.

» Chez ces mêmes deux malades, la moitié droite du clitoris et le mamelon gauche étaient insensibles aux piqûres, mais la sensibilité se réveillait pendant l'érection de ces organes.

» *Sensation de contact.* — L'insensibilité du contact est regardée par M. Beau comme symptomatique d'une hystérie plus grave que ne l'est l'analgésie. Nous avons constaté aussi que la sensation de douleur disparaît plutôt que la sensation de contact.

» Nous répétions sur la joue du côté paralysé l'expérience de Weber. On sait que ce savant a démontré que les deux pointes mousses d'un compas appliquées sur divers points de la surface des corps doivent présenter des écartements variables pour donner lieu à deux sensations distinctes et non à une seule. Le degré d'écartement nécessaire pour obtenir à la joue deux sensations distinctes est de cinq lignes. Si donc, avec cet écartement, la sensation perçue par la malade est simple, il y a diminution de la sensation de contact. Eh bien ! nous avons trouvé la sensation double parfaitement nette chez des malades qui présentaient l'analgésie ; ceci nous paraît donner raison à l'opinion de M. Beau.

» Chez certaines malades, chez lesquelles la paralysie était déjà ancienne et complète, la sensation double n'existait plus, et même elles n'avaient plus conscience du contact des corps.

» De même que l'analgésie, la paralysie de la sensation de contact est ordinairement bornée au côté gauche, quelquefois en des points limités ; plus rarement elle s'étend à toute la surface de la peau.

» La *sensation de chatouillement* nous paraît dépendre de la sensation de contact, et non pas de la sensation de douleur, ainsi que le veut M. Beau. Plutôt que d'admettre cette opinion, il serait plus juste de faire de la sensation de chatouillement un sens spécial, ainsi que le pensait Gerdy.

» La sensation de chatouillement peut, selon moi, naître de deux manières et se présenter, dans ces deux cas, avec de très légères modifications :

» Ou bien elle est produite à la paume des mains, et surtout des pieds ; ou bien aux régions axillaires, nasales, auriculaires, et, chez certains individus, sur des points

» L'origine de la sensation varie dans les deux cas.

» Dans le premier, le chatouillement est produit par l'attouchement des nombreuses houppes nerveuses des mains et des pieds.

» Dans le second, il résulte de la titillation des poils, du duvet, et de la transmission du mouvement imprimé aux ramifications nerveuses.

» Dans un cas comme dans l'autre, il y a donc simple contact; il n'y a de différences que dans le mode de production. Nous croyons donc pouvoir considérer le chatouillement comme une variété de la sensation de contact; ce que nous avons dit de cette dernière s'y applique en tous points.

» *Sensation de température absolue.* — La sensation de température absolue disparaît à un degré plus avancé de l'hystérie que l'analgésie.

» Les malades sont également insensibles au froid et au chaud; la paralysie peut aussi n'affecter qu'une moitié du corps. M. Mesnet a observé une malade qui, étant dans un bain froid, ne sentait la température que d'un côté.

» On peut promener sur les parties anesthésiées des corps très chauds sans provoquer aucune sensation. La peau rougit sans que les malades aient le moindrement conscience de ce que l'on fait; mais aussi il faut avoir soin de bander leurs yeux pour se mettre à l'abri de toutes chances d'erreur.

» Sans être diminuée ou abolie, la sensation de température peut être pervertie : ainsi, chez une malade observée par M. Landry, laquelle présentait une analgésie incomplète, l'approche d'un corps modérément chaud donnait l'idée de brûlure.

» Chez une autre, une compresse mouillée d'eau, à une température supérieure à zéro, donnait la sensation de la glace, et l'eau tiède paraissait bouillante.

» *Sensation de résistance.* — La diminution ou l'absence de la sensation de résistance est un état morbide complexe, qui suppose la diminution ou l'absence de la sensibilité musculaire et de la sensation de contact tout à la fois.

» La sensation de résistance, en effet, n'est pas éveillée par un corps léger, qui ne produit qu'une sensation de contact; l'idée de résistance suppose un corps plus ou moins lourd qui pèse sur la peau et détermine une sensation de contact et une sensation profonde, celle-ci perçue par la couche musculaire.

» Cet état morbide est rare; la sensibilité musculaire, en effet, ne disparaît que dans l'hystérie la plus grave.

» Nous avons cependant eu l'occasion d'observer un cas d'absence complète de la sensation de résistance, non plus limitée à une moitié du corps, comme on l'a déjà observé, mais s'étendant à toute la surface cutanée. La malade était dans le service de M. Briquet, à la Charité. Il était possible, après lui avoir bandé les yeux, de la porter hors de son lit, de la déposer sur le carreau, de la remettre dans ses couvertures, sans qu'elle eût la moindre conscience de ce déplacement.

» *Tact actif ou toucher proprement dit.* — Le toucher suppose l'intégrité de l'activité musculaire, et, d'autre part, l'association intime de l'action musculaire et des facultés intellectuelles avec les sensations tactiles.

» Il résulte de la participation nécessaire de l'activité musculaire que la paralysie du toucher existe à un degré très avancé de l'hystérie, puisque, on le sait, les muscles résistent le plus longtemps à la paralysie.

» Le toucher, considéré en lui-même, nous fournit les notions de surface, de

poids, de forme, de dimension, d'élasticité, de consistance, de température relative, de nombre, de direction, de situation des corps.

» Si l'on réfléchit à l'importance de ces données dans nos rapports avec le monde extérieur, on peut juger de l'état tout spécial des malades qui présentent une altération du toucher. Elles arrivent à ne plus prendre part aux impressions extérieures qui nous frappent, et font du toucher le sens le plus parfait, se servant d'un autre sens, le sens de la vue. Et si l'on intercepte les rayons visuels, on plonge les malades dans un état singulier que l'une nous définissait de la sorte : « Je me crois plongée dans le vide. »

» Les hystériques, arrivées à cette période de la maladie, peuvent bien, en effet, alors qu'elles s'aident de la vue, se servir de leurs mains, et connaître les notions que fournit le toucher; mais si on leur bande les yeux, le toucher est aussitôt très imparfait, sinon aboli; elles ne savent plus guider leurs mains et les adapter aux objets extérieurs.

» M. Landry a fait sur cette partie du sujet des recherches très intéressantes.

» L'étude de la paralysie du toucher nous paraît devoir être divisée en deux parties : suivant que l'activité musculaire n'est qu'affaiblie, et suivant qu'elle est abolie complétement.

» *Dans le premier cas*, la malade peut, alors même qu'elle a les yeux bandés, avoir une des notions que fournit le toucher; mais cette notion est imparfaite ou fausse. Ainsi, un corps très léger semblera lourd ; la température relative et la forme des objets seront mal appréciées.

» *Dans le second cas*, la malade n'a plus aucune notion des corps qu'on lui met dans la main, de leur température relative, de leur forme, de leurs dimensions, de leur poids relatif.

» Si, au contraire, on lui laisse l'usage de la vue, elle a des objets une notion très nette. Le sens de la vue remplace, pour ainsi dire, le toucher, ou bien la vue d'un corps en donne une certaine idée par l'entremise de la mémoire ou du jugement. »

Nous ne terminerons pas ce sujet sans inviter le lecteur à consulter l'ouvrage récent de M. le docteur Briquet sur les divers points qui viennent de nous occuper (1).

Hystérie viscérale.— Nos connaissances sont tellement imparfaites sur ce sujet, que nous devons nous borner à une simple énumération; et cependant il n'est pas douteux que les organes intérieurs expriment à leur manière l'affection nerveuse générale qui constitue l'hystérie.

Ainsi l'on voit tour à tour se manifester chez les hystériques des *vomissements*, le *hoquet*, des *coliques intestinales*, des *tympanites* considérables, la *paralysie de la vessie*, avec rétention ou avec incontinence d'urine, des *battements spasmodiques* des artères de l'abdomen, etc. Nous n'étudierons pas ici ces accidents, dont nous présenterons les caractères et le diagnostic dans d'autres articles. Mais nous croyons devoir dire quelques mots de la *toux hystérique*, parce que nous n'aurons pas l'occasion de l'étudier ailleurs.

M. le docteur Lasègue (2) a publié sur ce sujet des remarques intéressantes, et nous lui empruntons le passage suivant :

(1) Briquet, *Traité clinique et thérap. de l'hystérie*. Paris, 1859, p. 207 et suiv.
(2) *De la toux hystérique* (*Actes de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1855).

« La toux hystérique diffère essentiellement des formes convulsives de la toux, si fréquemment observées chez les jeunes enfants ; elle ne s'accompagne pas de spasmes violents, et n'entraîne pas par conséquent les congestions, les menaces d'asphyxie et les divers accidents consécutifs qui succèdent aux convulsions thoraciques.

» Pendant l'accès, les secousses de toux se répètent avec une telle fréquence, qu'on pourrait, à la rigueur, considérer la toux comme continue. Si la toux se suspend, c'est sous des influences variées, mais sans action possible sur la toux qui reconnaîtrait pour cause une affection de poitrine.

» Lorsque la toux procède par accès, les intervalles de repos reviennent avec une remarquable régularité, soit qu'ils aient lieu à la même heure, soit qu'ils dépendent de la position de la malade, ou d'une circonstance extérieure toujours la même et toujours agissant de la même manière.

» Quel que soit son degré de continuité, la toux cesse absolument pendant le sommeil, et se rapproche par conséquent, à ce point de vue, des convulsions choréiques. La suppression durant le sommeil est assez constante pour avoir une grande signification diagnostique.

» Les efforts de toux affectent un certain rhythme monotone ; ils répondent à l'expiration, et sont ou non précédés par un court chatouillement laryngé : ou la malade tousse à chaque expiration qui succède au mouvement inspirateur, ou elle fait entendre deux, trois, quatre expirations toussantes, avant de pouvoir reprendre sa respiration. Le rhythme, une fois donné, se continue presque invariablement. Il n'y a pas d'expectoration, tout au plus quelques crachats muqueux surviennent-ils accidentellement. Il n'y a pas de dyspnée dans l'intervalle ; la respiration est un peu moins profonde que d'habitude. Les grandes inspirations sont évitées, parce qu'elles rendent la toux plus incommode. L'examen physique de la poitrine ne révèle aucun signe ; peut-être, sous l'influence de la diminution de l'effort respiratoire, constate-t-on que le murmure vésiculaire, moins intense, devient par places à peine distinct, pour reparaître bientôt aussi net dans les mêmes points.

» La toux hystérique peut être simple ou compliquée : à l'état de simplicité, elle ressemble assez bien à la toux que provoque l'inspiration de certains gaz, le chlore, par exemple ; elle est sèche, sonore, se continue indéfiniment, sans être modifiée dans son timbre, à quelque époque de la maladie qu'on la constate ; à l'état complexe, elle s'accompagne essentiellement d'enrouement, d'aphonie, de vomissements. Dans quelques cas, la toux prend, dès le début, un timbre particulier ; elle ressemble au cri d'un oiseau, elle est stridente, rude, rauque, bizarre. Cette forme est très exceptionnelle ; en tous cas, il faut se garder de confondre ces toux d'une sonorité spéciale avec les troubles vocaux signalés chez les hystériques, qu'on a comparés à des aboiements, à des miaulements, etc., qui n'ont rien de commun avec de la toux (1).

» La toux hystérique non-seulement reste identique avec elle-même pendant tout son cours, mais elle n'a pas de tendance à se transformer en d'autres formes d'hystérie ; il n'existe que peu d'exemples d'une semblable métamorphose, j'en rapporterai un plus loin.

(1) Voy. Itard, *Archives générales de médecine*, 1825, t. VII, p. 385.

» C'est une affection chronique, remarquable par sa ténacité, se prolongeant pendant des mois, sinon pendant des années, sans rémission ni intermission, sans être influencée par la menstruation, par les phénomènes physiologiques ou pathologiques qui peuvent avoir lieu pendant son cours. Un seul fait que je citerai donnerait à croire qu'elle est susceptible d'affecter une forme aiguë, encore le cas est-il au moins discutable.

» Elle n'est modifiée par aucun médicament connu, à quelque ordre de médications qu'il appartienne. On verra, en parcourant les observations, que tout ce qui a été essayé l'a été sans le moindre profit. Les grandes perturbations sont aussi impuissantes que les petits modificateurs : les antispasmodiques fatiguent sans soulager. L'affection est d'une si longue durée et d'une fixité si monotone, qu'il n'est pas de malade à laquelle le temps n'ait permis de subir toutes les ressources présumées de la thérapeutique la plus inventive. Une seule fois les efforts ont paru suivis de succès ; je rapporterai en détail cette observation sans analogues. En dehors de ce fait unique, un seul moyen a réussi : c'est le changement de lieu ! Sous ce rapport, la toux hystérique se rapproche de la coqueluche, qui est si souvent modifiée par les voyages, comme elle se rapprochait de la chorée par la suspension durant le sommeil.

» La toux hystérique guérit subitement, sans que rien ait fait prévoir cette heureuse et soudaine terminaison, ou elle diminue insensiblement et finit par disparaître à la longue. De quelque manière que se soit opérée la guérison, elle est sujette à des récidives, et reparaît le plus ordinairement sans cause appréciable, à de plus ou moins longs intervalles.

» Elle affecte ordinairement les femmes ; on ne l'a jamais observée passé l'âge de vingt-cinq ans.

» Elle ne semble pas, malgré la remarque de Sydenham, plus propre à une catégorie d'hystériques qu'à une autre. S'il arrive souvent qu'un simple rhume en soit l'origine, les individus qui en sont affectés n'y étaient pas prédestinés par une disposition exceptionnelle aux catarrhes bronchiques ou à d'autres affections pulmonaires.

» Les jeunes malades ont eu antérieurement des attaques d'hystérie ou en sont restées exemptes ; en tout cas, l'ensemble de leur santé présente les caractères de la constitution hystérique.

» De même que la toux hystérique ne se transforme pas *habituellement* en une autre forme d'hystérie, de même elle n'est pas le début insidieux de maladies organiques de la poitrine. On trouve dans la science une ou deux thèses dont les auteurs ont essayé d'établir une relation entre l'hystérie et la phthisie. Les prodromes de la tuberculisation sont, il est vrai, annoncés quelquefois par des troubles étranges de la santé, qu'à la rigueur on classerait parmi les désordres hystériques ; mais, en admettant l'exactitude de cette analogie, il est remarquable que la toux ne figure pas parmi ces antécédents hystériformes.

» Malgré sa persistance, la toux hystérique n'a, en général, qu'un assez faible retentissement dans l'économie. L'appétit est presque toujours diminué ; les fonctions digestives perdent de leur activité ; les malades maigrissent ou au moins pâlissent ; elles sont incapables de supporter la fatigue, et se plaignent de quelques douleurs plutôt gênantes que vives dans les parois de la poitrine. A quelque degré

que soit porté le malaise général, il n'est jamais de nature à entraîner une terminaison fatale. »

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est variable, ainsi que le font remarquer la plupart des auteurs. Il résulte de la description précédente, et c'est à peine s'il est besoin de le rappeler, que l'hystérie a pour caractère essentiel de se produire *par accès*. Mais comment ces accès se succèdent-ils ? comment augmentent-ils d'intensité ? comment décroissent-ils ? C'est là ce qu'il s'agit d'indiquer, et ce qui constitue les divers modes que suit la marche de la maladie.

Les accès diffèrent d'une *attaque* d'hystérie en ce que celle-ci peut être constituée par plusieurs de ces accès. Dans certains cas, il n'y a qu'un accès ; dans d'autres, il y en a trois, quatre, dix, douze, soixante et plus. Les intervalles de ces accès laissent observer des troubles nerveux variables ; ils sont plus ou moins longs (quelques minutes, une demi-heure, rarement plus), d'où il résulte que la durée des attaques est très variable (une ou deux heures, et jusqu'à vingt et quarante jours).

Il est des cas, ainsi que le fait remarquer M. Landouzy, à qui nous avons dû emprunter un grand nombre de détails, parce qu'il a le mieux étudié les faits, où, dès les premiers accès, l'hystérie a atteint son summum d'intensité, et dans ces cas elle se manifeste tout d'abord avec le caractère convulsif. D'autres fois elle commence par de légers troubles nerveux, par des accès peu appréciables, puis elle va en augmentant d'intensité, et les phénomènes deviennent de plus en plus tranchés et nombreux. En pareil cas, on voit la maladie se produire par des accès non convulsifs, et il arrive ensuite ou que les accès continuent à présenter, pendant tout le cours de l'affection, ce caractère non convulsif, ou ce qui est plus fréquent, que les convulsions viennent, à une époque plus ou moins éloignée du début, se joindre aux autres symptômes.

Dans ces deux modes, la maladie suit un cours à peu près déterminé, de telle sorte qu'on peut fréquemment prévoir la venue des accès.

Enfin, il résulte évidemment des faits rassemblés par M. Landouzy que, dans certains cas, la marche est tout à fait irrégulière et semble dépendre uniquement des causes excitantes ; tant qu'on réussit à éloigner celles-ci, on ne voit pas les accès apparaître, et cette apparition est, par conséquent, aussi imprévue que les causes déterminantes dont il s'agit.

Il est important de dire un mot de la *périodicité*. Elle est de deux sortes. Dans la première, on voit la maladie se produire avec une certaine régularité, à des intervalles assez éloignés, et principalement lors de l'éruption des règles ; dans la seconde, il s'agit d'une périodicité semblable à celle des fièvres intermittentes : ainsi on voit l'hystérie affecter le type quotidien, le type tierce, etc. L'accès revient régulièrement à la même heure, dure quelques heures, et se dissipe à peu près au même moment de la journée. Est-ce là une *fièvre intermittente hystérique ?* La plupart des auteurs l'ont pensé ; mais, suivant M. Landouzy, il n'y aurait, en pareil cas, autre chose que des accès de fièvre intermittente pernicieuse ou non, dans le cours desquels surviendrait une attaque d'hystérie qui en serait indépendante. Cette manière de voir ne me paraît pas applicable, à beaucoup près, à tous les cas,

je ne trouve pas que l'auteur que je viens de citer en ait démontré l'exactitude. orsqu'on voit, par exemple, des accès d'hystérie se produire sans accélération du ouls, tous les jours, à la même heure, et céder au sulfate de quinine pour ne lus revenir, je ne conçois pas qu'on puisse trouver, dans des cas semblables, utre chose qu'une de ces fièvres larvées qui prennent les formes les plus variées. 'est-ce pas de cette manière que se produisent les névralgies intermittentes, et -t-on jamais songé à regarder les cas où il en est ainsi comme de simples fièvres ntermittentes, pendant lesquelles il y a un accès de névralgie indépendant de la èvre? En présence des faits cités par M. Landouzy lui-même, je crois donc qu'il st impossible de ne pas admettre cette forme de l'hystérie, ce qui est très impor- ant pour le traitement.

Parmi les causes auxquelles on a attribué une influence sur la marche de l'hysté- ie, on ne doit guère tenir compte que de la grossesse, qui, d'après les faits connus, uspend quelquefois les attaques, mais plus souvent les rend plus violentes et plus réquentes.

La *durée* de la maladie est on ne peut plus variable. Elle dépend, dans un grand ombre de cas, de la persistance ou de la disparition de la cause qui a produit 'hystérie. Cette affection se prolonge quelquefois pendant toute l'existence.

La première apparition des règles, le coït, le rétablissement de la menstruation lus ou moins troublée, sont des circonstances dans lesquelles on voit la maladie e terminer souvent d'une manière favorable; mais cette *terminaison* s'observe ien plus fréquemment encore à l'*âge critique*. Quelquefois l'affection cesse brus- uement après un accès; mais il est bien plus fréquent de voir les accès diminuer 'intensité, les intervalles s'éloigner, et l'affection disparaître graduellement. Il est xtrêmement rare de voir cette maladie se terminer par la mort. Cependant on en cité quelques exemples, et l'on conçoit très bien qu'une syncope très prolongée, omme celles dont j'ai parlé plus haut, puisse avoir ce résultat. On a rapporté des as dans lesquels l'affection s'est terminée par l'épilepsie, par la catalepsie, ou par ne affection mentale.

Les *affections intercurrentes*, lorsqu'elles ont une certaine intensité, ont une nfluence marquée sur la marche de la maladie. Les maladies aiguës la suspendent rdinairement, et il en est de même de la terminaison des maladies chroniques, ɔrsque l'organisme est profondément débilité. Quant aux *complications*, on ne les ouve guère que parmi les maladies cérébrales et les autres névroses.

§ V. — Lésions anatomiques.

C'est à M. Landouzy qu'il faut demander des renseignements sur les lésions natomiques, parce qu'il a étudié ce point avec un soin particulier, et qu'il a ob- enu des résultats qu'on chercherait vainement dans les autres auteurs. Examinant s lésions des divers organes chez les sujets hystériques qui ont été enlevés par ne affection quelconque, M. Landouzy arrive d'abord à ce résultat important ue, sur trente-neuf cas, on a noté trois fois seulement des lésions encéphaliques, ois fois des altérations de l'appareil respiratoire, et vingt-neuf fois des lésions de utérus ou de ses annexes. La proportion de ces dernières est, comme on le voit, ès considérable, et mérite d'être notée. Que si maintenant nous consultons les

observations dans lesquelles lés lésions utérines ont été constatées pendant la vie, nous voyons qu'on a trouvé ces lésions vingt-six fois sur vingt-sept cas, c'est-à-dire dans la presque totalité. Cette proportion est si remarquable, qu'on doit y voir, avec M. Landouzy, plus qu'une présomption en faveur de la *localisation de la maladie dans l'appareil générateur.* Toutefois il ne faudrait pas regarder cette affection comme une conséquence directe des lésions dont l'utérus ou ses annexes sont le siége; il suffit, en effet, de l'aveu même des auteurs qui ont défendu cette opinion, et de M. Landouzy en particulier, d'un simple trouble nerveux des organes génitaux pour produire l'hystérie; et la preuve, c'est que dans un certain nombre de cas, on ne trouve absolument aucune lésion appréciable à nos sens. Ce qu'il faut reconnaître seulement, c'est que ces lésions, souvent profondes, doivent avoir une influence notable sur l'influx nerveux, et de là celle qu'elles ont sur la production de la névrose. De cette manière se trouve jugée cette question en litige que j'ai signalée plus haut, savoir : si l'hystérie est une affection cérébrale, ou si elle est dépendante d'une lésion utérine.

Maintenant est-il nécessaire d'entrer dans de grands détails sur les lésions anatomiques qu'on a rencontrées dans les organes génitaux de la femme? Non, sans doute; il suffit de dire que ces lésions sont très variables, et qu'on a mentionné parmi elles presque toutes celles qui peuvent affecter ces organes, depuis l'inflammation simple jusqu'à la désorganisation la plus profonde.

Hystérie chez l'homme. — Mais on a objecté que l'hystérie se montre chez l'homme. M. Landouzy, rassemblant les faits cités à l'appui de cette objection, en trouve une trentaine, dont quinze doivent être éliminés tout d'abord, parce qu'ils sont réduits à une simple énonciation ou dépourvus des détails les plus importants; puis l'auteur en met de côté un bon nombre dans lesquels il y a eu erreur de diagnostic ou dans lesquels le défaut de précision ne permet pas de porter un diagnostic rigoureux, et il n'en trouve, en définitive, que quatre (rapportés par F. Hoffmann, Breschet et MM. Mahot et Aligre) qui méritent un examen sérieux. Or, dans ces cas, bien que les symptômes aient une très grande analogie avec ceux de l'hystérie, on n'observe, ainsi que le fait remarquer M. Landouzy, ni la miction abondante et claire après l'accès, ni les pandiculations et les pleurs sans motifs, ni « cette susceptibilité nerveuse, cette mobilité particulière, qui constituent, en dehors des crises, l'habitude hystérique. »

Ces différences sont-elles suffisantes pour faire rejeter les faits d'hystérie chez l'homme? C'est ce qui paraîtra peut-être douteux, et M. Landouzy lui-même ne se prononce pas sur ce point d'une manière formelle. Il aurait bien fait, à notre avis, de rapporter intégralement les observations, sans laisser au lecteur, qui voudrait se former une opinion d'après l'examen des faits, le soin de remonter aux sources. Mais la question n'est pas aussi grave qu'elle pourrait le paraître au premier abord; car, ainsi que le fait très bien remarquer M. Landouzy, que prouveraient ces faits, si ce n'est que, dans quelques circonstances rares, les organes génitaux de l'homme peuvent être affectés de la même manière que ceux de la femme dans l'hystérie?

J'ajoute que M. Desterne (1) a cité un cas très curieux d'hystérie revenant à des

(1) *Union médicale*, 28 septembre 1848.

intervalles variables, sous forme d'attaques bien caractérisées, *chez un jeune homme* de vingt-cinq ans, et que j'ai vu moi-même un exemple semblable chez un jeune homme d'une vingtaine d'années.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

On peut dire que, dans l'immense majorité des cas, rien n'est plus facile que le diagnostic de l'hystérie ; mais il en est aussi dans lesquels les difficultés sont incontestables, et demandent toute l'attention du médecin. M. Landouzy ayant étudié avec le plus grand soin cette partie de l'histoire de la maladie, je dois continuer à le consulter.

Les affections avec lesquelles on peut confondre l'hystérie, dans quelques cas, sont l'*épilepsie* et l'*éclampsie*. Quant à la *catalepsie*, ce n'est que dans des circonstances fort rares qu'on peut être embarrassé; je les indiquerai dans un autre article. Enfin on a prétendu que l'hystérie peut être confondue avec l'*hypochondrie;* mais il n'en est rien, et par conséquent il me suffira de dire quelques mots de ce diagnostic lorsque j'aurai à m'occuper de l'hypochondrie.

Je commencerai par reproduire le tableau synoptique suivant, dans lequel M. Landouzy a tracé le diagnostic différentiel de la maladie qui nous occupe et de l'épilepsie ; car, bien que ce tableau contienne un très grand nombre de détails, la question est si importante, qu'on ne doit rien négliger pour la résoudre. Je présenterai ensuite quelques réflexions sur la valeur des signes qui y sont contenus.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

HYSTÉRIE.	ÉPILEPSIE.
Presque exclusive *au sexe féminin.*	Affecte *les deux sexes* également.
Ne se manifeste *jamais avant les approches de la puberté.*	Très *souvent congénitale.*
Causée le plus généralement *par des émotions affectives ou des troubles organiques* du système génital.	*Par des émotions brusques*, violentes, ou par des *lésions de l'encéphale.*
Nulle influence des révolutions lunaires.	*Influence incontestable* (?).
Influence *marquée* des périodes menstruelles.	Influence *beaucoup moindre.*
Union sexuelle *le plus souvent favorable* à la guérison.	*Le plus souvent nuisible.*
Céphalalgie *purement accidentelle.*	*Habituelle.*
Première invasion de la maladie, *précédée souvent d'une surexcitation nerveuse* spéciale.	*Instantanée.*
Prodromes *constants, plus ou moins éloignés.*	*Nuls ou très prochains.*
Puissance de la volonté *assez grande pour ralentir l'invasion de l'accès* et pour permettre aux malades de choisir jusqu'à un certain point un endroit convenable pour le temps de l'accès.	Quels que soient le lieu ou les circonstances dans lesquels se trouvent les malades, *ils tombent subitement sans pouvoir retarder la crise d'une seconde.*
Accès *précédé ou accompagné de constriction à la gorge ou du globe hystérique.*	*Aucun phénomène qui puisse simuler ces sensations.*
Cris plaintifs, bizarres, comme articulés, plutôt *à la fin de l'attaque* qu'au commencement ; pleurs, rires sans motifs.	*Cri unique* de surprise *au moment de l'attaque.*

Accès *beaucoup plus fréquents le jour* que la nuit.	*Aussi fréquents la nuit* que le our.
Perte de connaissance *incomplète en général ; jamais primitive* lorsqu'elle est complète.	*Toujours complète*, profonde et immédiate.
Sensibilité *conservée en tout ou en partie*, souvent augmentée, *anéantie*, *seulement dans le cas de complications*, et jamais d'une manière immédiate.	*Toujours complètement et immédiatement anéantie.*
Mouvements convulsifs *étendus*, rapides, également faciles dans l'extension et dans la flexion, toujours *égaux de chaque côté* du corps, excepté lorsqu'il y a complication de catalepsie, d'épilepsie ou de paralysie.	*Peu étendus*, roides, saccadés, toniques, tétaniques, *toujours plus prononcés d'un côté du corps que de l'autre ;* doigts rétractés, fléchis sur le pouce.
Physionomie *à peine altérée*.	Face *tuméfiée*, *violacée*, *toujours livide*.
Salive écumeuse *très rare*.	Bave écumeuse, *constante*, *excepté* dans les *accès très courts*.
Les accès *durent rarement moins d'une demi-heure*, presque toujours plus longtemps.	Les plus longs ne *dépassent guère dix minutes* (1).
En proportion à peu près égale, simples et composés.	*Bien plus souvent simples* que composés.
L'accès terminé, l'*intelligence reprend son empire*. Il y a quelquefois perversion, souvent exaltation, mais *jamais collapsus des facultés intellectuelles*.	Après l'accès, *état comateux*, sommeil lourd et fatigant. Si la maladie se prolonge, la mémoire s'affaiblit, *les facultés physiques et intellectuelles s'altèrent*.
Cette perversion et cette exaltation peuvent aller jusqu'à la manie, mais *jamais jusqu'à la démence*.	Cette altération va *souvent jusqu'à la démence*.
L'hystérie *peut exister sans accès*.	L'épilepsie n'*existe pas sans accès*.

J'ai voulu présenter ce tableau tel que l'a donné l'auteur; mais je dois faire remarquer que quelques-unes des propositions qu'il contient sont contestables ou peu précises. Nous avons vu plus haut qu'il n'est pas parfaitement démontré que l'hystérie soit exclusive au sexe féminin. En outre, il résulte des recherches de Leuret sur l'épilepsie qu'on ne peut pas dire que cette affection est très souvent congénitale; que l'influence des révolutions lunaires est une croyance sans fondement réel; que les attaques d'épilepsie ont lieu *plus souvent la nuit que le jour*, ce qui rend le contraste plus frappant encore. Enfin il faut ajouter à ce que dit M. Landouzy de l'état mental qui succède aux accès d'épilepsie, que certains malades sont saisis d'un délire violent et parfois furieux, ce qui les rend très dangereux, ce qu'on n'observe pas dans l'hystérie.

Avec ces rectifications, on a un tableau parfait des symptômes de l'une et de l'autre maladie, d'où résulte une opposition presque complète dans les cas ordinaires. Mais il est des cas où les choses ne se passent pas d'une manière aussi simple, et tels sont ceux auxquels on a donné le nom d'*hystéro-épilepsies*. Dans ces cas, on peut observer l'écume à la bouche, la flexion du pouce dans la paume de la main, la perte rapide de connaissance, l'anéantissement de la sensibilité. Alors le diagnostic devient un peu plus difficile; mais il est encore permis de le porter avec sûreté si l'on a égard à l'invasion de la maladie, aux convulsions cloniques de l'hystérie et toniques de l'épilepsie, et surtout à la sensation de la boule hysté-

(1) Sans doute on voit des accès hystériques durer moins d'une minute (nous en avons rapporté des exemples), et des accès épileptiques durer plusieurs heures; mais ces cas font exception à la règle générale.

rique, au sentiment de strangulation qu'éprouvent les malades : d'où il faut conclure que ce sont là, en définitive, les caractères distinctifs essentiels de ces deux affections.

L'*éclampsie* a des symptômes qui, ainsi qu'on a pu le voir dans la description que j'ai donnée plus haut, se rapprochent de ceux de l'hystérie. Les principaux signes qui distinguent ces deux affections se trouvent réunis dans le tableau synoptique suivant :

HYSTÉRIE.	ÉCLAMPSIE.
Se montre *chez les filles pubères, hors de l'état puerpéral.*	Se montre *chez les enfants de tout sexe*, ou *dans l'état puerpéral.*
Constriction marquée de la gorge ; *boule hystérique.*	Respiration plus ou moins gênée, spasme, mais *non constriction* de la gorge ; *pas de boule hystérique.*
Cris plaintifs, bizarres, gémissements, soupirs.	Généralement *pas de cris.*
Souvent perte de connaissance *incomplète.*	Perte de connaissance *complète ;* coma plus ou moins profond dans les intervalles des convulsions.
Convulsions désordonnées et *tendance à la jactitation.*	Convulsions moins désordonnées ; *tendance des membres à se porter dans l'adduction et dans la flexion.*
Mouvements involontaires et étendus *du tronc.*	Ordinairement *roideur du tronc.*
Sensibilité *rarement abolie*, et *jamais au début* de l'accès.	Sensibilité *tout d'abord abolie.*
Face *peu altérée.*	Face *bouffie, violacée*, couverte de sueur.
Pouls ayant ses *caractères normaux*, un peu *ralenti.*	Pouls très *petit, accéléré*, souvent difficile à compter.

Ces signes distinctifs sont suffisants pour permettre de porter un diagnostic positif.

Dans quelques cas rares, on voit des symptômes *cataleptiques* venir se joindre à ceux de l'hystérie ; il y a alors, comme l'ont fait remarquer les auteurs, réunion de deux névroses ; il y a une *hystéro-catalepsie*, que l'on reconnaît à ce que les convulsions cloniques ont précédé les phénomènes cataleptiques. Que si, au milieu des convulsions cloniques, on remarquait une contraction tonique, on ne devrait voir dans ces phénomènes qu'une *roideur tétanique* qui est venue se joindre à l'affection principale, et non une catalepsie.

Je renvoie, je le répète, ce que j'ai à dire sur le diagnostic différentiel de l'hystérie et de l'*hypochondrie* à l'article consacré à cette dernière affection.

Pronostic. — Il est vrai de dire que l'hystérie, dans l'immense majorité des cas, n'est pas une maladie grave, en ce sens qu'elle ne cause pas la mort ; cependant il est des cas incontestables, comme on peut s'en assurer en parcourant les observations rassemblées par M. Landouzy, dans lesquels cette affection a eu une terminaison funeste, qu'on ne pouvait attribuer à aucune complication. En pareil cas, la mort survient soit dans une syncope, soit à la suite de symptômes épileptiformes. Il est d'observation, en effet, que les cas auxquels on a donné le nom d'*hystéro-épilepsies* sont fort graves.

Ce n'est pas seulement par leur terminaison funeste, mais encore par leur persistance et par leur résistance à tous les traitements, que certains cas peuvent être

regardés comme appartenant à une maladie grave. Pour poser, sous ce rapport, les bases du pronostic, il faut avoir égard aux causes qui ont produit et qui entretiennent les attaques d'hystérie. Les affections organiques profondes doivent faire porter un pronostic grave ; il en est de même de toutes les causes qu'il est difficile de faire cesser. En général, plus la maladie est ancienne, plus on a de difficulté à la guérir, ce qui du reste se remarque dans toutes les névroses.

§ VII. — Traitement.

Le traitement de l'hystérie présente un si grand nombre de moyens accumulés sans ordre et sans méthode pendant une longue série de siècles, et le plus souvent sous l'influence d'idées erronées, qu'il est très difficile de démêler, au milieu de toutes ces recettes, fréquemment bizarres, ce qu'il faut recommander particulièrement. M. Landouzy a fait une critique fort juste de cette médication, où l'on trouve un bon nombre de moyens ridicules ou inexécutables pour tout médecin qui a un peu de respect pour la science. Du point de vue où s'est placé cet auteur après beaucoup d'autres observateurs recommandables, il est possible de tracer des règles générales qui peuvent guider le praticien; aussi, après avoir, avec presque tous les auteurs, exposé le *traitement préventif* de l'*hystérie*, présenterai-je le *traitement curatif*, en ayant principalement égard aux lésions qui peuvent être regardées comme le point de départ de la maladie et aux causes qui ont pu la produire.

1° *Traitement préventif.* — Ce traitement consiste à soumettre les malades à une bonne hygiène, qui éloigne autant que possible les causes du mal ; aussi plusieurs auteurs lui ont-ils donné le nom de *traitement hygiénique.*

Au premier rang des moyens qui composent ce traitement, il faut placer l'*éloignement de tout ce qui peut allumer les désirs vénériens*, et, par suite, produire une excitation des organes génitaux ; c'est dire qu'il faut éloigner les jeunes filles qui présentent l'état nerveux précurseur des attaques, ou qui ont eu déjà des attaques, de tous les spectacles propres à provoquer ces désirs; qu'il faut leur interdire les lectures, les conversations qui peuvent avoir le même résultat. Cette indication est suffisante pour le médecin.

Des *occupations multipliées* agissent utilement, en éloignant les idées dont je viens de parler. Il faut prendre garde néanmoins de trop fatiguer les jeunes personnes, car on risquerait de produire un épuisement nerveux favorable à l'apparition des attaques.

On évite cet inconvénient en entremêlant les travaux de *promenades*, d'une *gymnastique* qui amène la fatigue en même temps qu'elle augmente les forces et raffermit la constitution.

Il est bon aussi de *ne permettre le coucher que lorsque le sommeil est imminent*, et surtout de *faire lever les malades immédiatement après le réveil;* car, dans l'inaction du lit, les pensées peuvent prendre une mauvaise direction.

Mariage. — C'est une opinion très ancienne, et aujourd'hui encore très généralement répandue, que l'*acte de la copulation* est un des meilleurs remèdes contre l'hystérie; mais cette manière de voir présente beaucoup d'exagération : aussi le médecin doit-il bien se garder de parler inconsidérément de ce moyen, même dans

les circonstances les plus favorables, c'est-à-dire lorsque l'on peut facilement, en peu de temps, faire contracter à la personne menacée d'hystérie un mariage convenable, ce qui doit être toujours fort rare. J'insiste sur ces considérations, parce qu'elles sont essentiellement pratiques; le médecin étant, en semblable circonstance, la personne à laquelle on demande nécessairement conseil, il faut avoir prévu tous les cas, et se mettre à même de ne pas compromettre une profession qu'il faut toujours faire respecter. Si l'on a pu s'assurer que la maladie a pour cause un amour contrarié; si, d'après les observations qu'on a faites, on a lieu de penser que, sans être dans le cas qui vient d'être indiqué, la personne menacée d'hystérie a des désirs vagues, et si, d'un autre côté, elle est nubile et paraît d'une constitution vigoureuse, on est autorisé à parler aux parents de ce moyen dont l'utilité n'est pas contestable, car il est démontré par les faits, bien que quelques auteurs aient prétendu le contraire, que le mariage a fréquemment fait cesser les attaques d'hystérie. Mais il faut recommander de ne pas agir avec trop de précipitation, car ce n'est pas seulement, à beaucoup près, l'acte de la copulation qui doit être regardé comme le moyen curatif, mais en même temps un changement d'état qui procure à la personne menacée d'hystérie tout le calme et toute la satisfaction désirables. S'il était évident que chez une femme antérieurement mariée la continence fût la cause de la maladie, on devrait agir de même. Au reste, je n'insiste pas sur cette question délicate, et dont la solution doit varier suivant des circonstances très diverses et appréciables par le médecin seul; je voulais seulement établir qu'il n'y a rien d'immoral à conseiller le mariage, lorsqu'on le fait dans les cas qui le réclament évidemment, et avec toute la prudence nécessaire. Lorsque, par une cause quelconque, le mariage ne peut être conseillé, le médecin doit s'interdire toute suggestion qui pourrait porter les malades vers l'acte sexuel, et ne recourir qu'aux moyens de diversion précédemment indiqués.

On s'accorde à dire que le *régime* des personnes menacées d'hystérie doit être doux et léger, mais qu'il faut prendre garde de le rendre trop affaiblissant. Quant à nous, nous devons reconnaître que les recherches sur ce point sont trop insuffisantes pour qu'il soit possible de se prononcer d'une manière positive. Les excitants, les boissons alcooliques, le café, sont généralement proscrits.

Enfin on a proposé de produire de *vives impressions* sur le moral des malades, principalement par la frayeur; mais les dangers de ce moyen sont trop évidents, et ses avantages trop hypothétiques pour qu'on ne doive pas le proscrire sévèrement.

Maintenant il serait utile de pouvoir, d'après un nombre suffisant de cas, apprécier rigoureusement l'influence de ce traitement préventif; mais les matériaux nous manquent, et nous devons nous borner à signaler aux observateurs ce sujet de recherches aussi difficile qu'intéressant.

2° *Traitement des accès.* — Lorsqu'on est appelé auprès d'une malade qui présente les prodromes d'un accès imminent, on peut chercher à le prévenir, et c'est là le *traitement préventif des attaques d'hystérie.* Les moyens qui composent ce traitement sont à très peu près les mêmes que ceux qui constituent le traitement préventif de la maladie que nous venons de passer en revue. Ainsi l'on cherchera à distraire les malades, et à éloigner la cause évidente ou présumée sous l'influence de laquelle l'accès tend à se produire. Les médecins anciens ont conseillé beaucoup d'autres moyens pour prévenir les accès : ainsi les sinapismes, les frictions irri-

tantes, les cautérisations, etc., etc.; mais aujourd'hui on s'accorde à reconnaître que ces divers moyens n'ont pas l'action qu'on leur a attribuée, et on les a abandonnés pour recourir à d'autres, qu'on met également en usage contre l'accès quand il s'est déclaré, et dont je vais donner l'indication.

Antispasmodiques. — L'emploi des antispasmodiques est, comme on le pense bien, généralement répandu dans le traitement de l'hystérie en général et dans celui des accès en particulier. Le nombre des formules dans lesquelles entrent ces substances est extrêmement considérable. Il serait beaucoup trop long de les indiquer ici; je me contenterai de faire connaître les principaux parmi les moyens de ce genre.

L'*éther* est une des substances qu'on a le plus fréquemment mises en usage, et qui, dans un très grand nombre de cas, ont eu des résultats avantageux évidents. On le donne à la dose de 1, 2, 3 grammes dans une potion, et par cuillerées. Les *gouttes d'Hoffmann* (éther alcoolisé), à la dose de dix à vingt gouttes, à plusieurs reprises s'il est nécessaire, ont eu une grande réputation; enfin l'éther a été uni à beaucoup d'autres médicaments prescrits contre les accès d'hystérie. L'*inhalation de l'éther* a été essayée dans ces derniers temps, mais avec des résultats défavorables. Cependant, plus récemment encore, M. Desterne (1) a employé dans tous les cas les *inhalations de chloroforme* pour combattre les accès, et ce moyen lui a toujours réussi; j'en ai moi-même retiré des avantages évidents. Quelquefois, comme le prouve une observation de M. L. Rieux (2), les premières inspirations de l'agent anesthésique augmentent l'excitation; mais cette excitation n'est que momentanée et ne doit pas empêcher l'administration du chloroforme.

La *valériane*, le *castoréum*, l'*asa fœtida*, le *musc*, l'*oxyde*, le *sulfate de zinc*, ont été également mis en usage, ainsi que le *camphre* et le *succin*. La formule suivante, employée par M. Bally, réunit quelques-unes de ces substances :

℞ Poudre de castoréum...	ââ 4 gram.	Poudre de valériane.........	4 gram.
de succin......		Camphre..................	0,60 gram.
d'asa fœtida....		Sirop de karabé............	Q. s.

F. s. a. des bols de 30 centigrammes. Dose : de six à huit par jour.

Ideler (3) faisait prendre le *sulfate de zinc* ainsi qu'il suit :

℞ Sulfate de zinc......... 0,40 gram. | Eau.................. 240 gram.

Dissolvez. Dose : une cuillerée à bouche toutes les huit heures.

Je ne multiplierai pas ces citations; il n'y aurait pas d'avantage réel, puisque, parmi les substances préconisées, il n'en est pas qu'on puisse recommander d'une manière toute spéciale. Il suffit donc d'avoir recours aux formulaires.

L'*acétate*, le *carbonate*, le *succinate d'ammoniaque*, ont été également mis en usage par beaucoup de médecins. Le docteur Clarey unit l'acétate (esprit de Mindererus) à l'asa fœtida de la manière suivante :

(1) *Union médicale*, 28 septembre 1848.
(2) *Journal des connaiss. méd.-chir.*, 16 mars 1851.
(3) *Hufeland's Journal*, 1797.

℞ Asa fœtida............. 2 gram. | Acétate d'ammoniaque liquide. 4 gram.

Dose : de quarante à cinquante gouttes quatre fois par jour.

Je présente ces divers moyens sans faire de réflexions, parce que je me réserve d'entrer plus loin dans des considérations générales à ce sujet.

Les *narcotiques* sont d'un très grand usage dans cette maladie. L'*opium*, qu'on donne séparément à la dose de 5, 10 centigrammes et plus, progressivement, fait aussi partie d'un grand nombre de formules. Je me bornerai à citer la suivante, qui a été donnée par Selle (1).

℞ Galbanum pulvérisé....	} ââ 15 gram.	Castoréum..............	} ââ 4 gram.
Asa fœtida id.........		Safran.................	
Extrait d'angélique id..		Opium..................	2 gram.

Mêlez. Ajoutez :

Essence de castoréum......................... Q. s.

Faites des pilules de 0,10 grammes. Dose : de cinq à huit, deux fois par jour.

Le *datura*, la *belladone* et d'autres narcotiques ont été également conseillés, mais c'est contre la maladie elle-même et dans l'intervalle des attaques. J'en dirai quelques mots plus loin. J'ajouterai seulement ici que, dans un cas où il y avait, du côté de l'utérus, des douleurs semblables à celles de l'avortement, M. Pagès (2) réussit à faire disparaître les accès en faisant faire plusieurs fois par jour des onctions sur le col de l'utérus avec la *pommade d'extrait de belladone*.

Les *odeurs fétides*, très pénétrantes, ont, dans un bon nombre de cas rapportés par les auteurs, eu l'effet de modérer la violence des accès, rarement de les faire cesser. On sait que c'était autrefois l'usage de brûler dans l'appartement, et jusque sous le nez des malades, des matières cornées, des plumes, etc. Aujourd'hui on se contente de faire inspirer de l'eau de Cologne, de l'éther, du vinaigre, ou de l'*ammoniaque*. Relativement à cette dernière substance, il faut agir avec circonspection lorsque les malades ont perdu complétement connaissance et sont tombées dans le coma ; on ne doit pas maintenir trop longtemps le liquide sous les narines, car il pourrait en résulter une inflammation grave de la membrane muqueuse des voies aériennes ; nous aurons à signaler de nouveau cet inconvénient dans le traitement des accès d'*épilepsie*, où il est plus grave encore.

« A l'hôpital de Middlesex, dit M. Landouzy, on emploie des *liquides aromatiques*, sous forme de douches, sur la figure, les seins, les yeux, la bouche, avec le plus grand succès, dit-on ; et nous avons rapporté, sur la foi de M. Cerise, une observation dans laquelle quelques gouttes d'*eau tiède* répandues sur la main ont plusieurs fois calmé les paroxysmes. C'est pour remplir sans doute une indication semblable qu'Horstius conseille de *souffler du poivre dans les narines*. »

Ingestion forcée de l'eau froide dans l'estomac. — M. Cruveilhier, qui conseille ce moyen (3), le regarde comme infaillible, et cite plusieurs cas où il a parfaitement réussi.

(1) *Médecine clinique*, 1797, 2 vol. in-8.
(2) *Revue médicale*, 1829.
(3) Voy. *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1833, obs. de M. Carteaux.

Il faut, pour l'employer, saisir le moment où les mâchoires peuvent s'écarter, introduire entre les dents un corps qui ne puisse pas les briser, le manche d'une cuiller de bois, par exemple, puis verser une grande quantité d'eau (une bouteille) dans la gorge. Les premières gorgées augmentent d'abord le spasme, qui ne tarde pas ensuite à diminuer.

On procède ainsi lorsque la malade a perdu connaissance et lorsque les mâchoires sont contractées ; dans le cas contraire, il suffit de faire boire lentement un ou plusieurs verres d'eau froide. Cette dernière médication avait été déjà conseillée par Rivière et Hoffmann; et M. Landouzy (1), ayant plusieurs fois employé l'*ingestion forcée* de l'eau froide, comme le conseille M. Cruveilhier, a vu les spasmes diminuer ou cesser entièrement. Ce moyen est donc un de ceux qu'on doit le plus particulièrement recommander.

Lavements d'eau froide.—On peut rapprocher de ce moyen les lavements d'eau froide, recommandés par le docteur Chiappa (2); ce médecin a vu ces lavements, et surtout les lavements d'*eau frappée de glace*, calmer à l'instant les accès d'hystérie. C'est à l'expérience ultérieure à nous faire connaître d'une manière précise la valeur de ce moyen.

Les *affusions froides* ont parfois produit le même résultat (3). En somme, l'emploi de l'eau froide, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, peut compter parmi les meilleurs moyens contre les attaques d'hystérie. Aussi les partisans de l'*hydrothérapie* ont-ils beaucoup vanté cette méthode de traitement dans cette affection, et ont-ils rapporté un certain nombre de cas de guérison.

Inspiration de l'acide carbonique. — Le docteur Nepple a appelé l'attention des praticiens sur l'emploi de l'acide carbonique pur dans le traitement de l'hystérie; mais comme nous ne possédons encore, ainsi que le fait remarquer M. Landouzy, qu'un seul cas en faveur de ce moyen, il suffit de l'indiquer, et nous devons attendre, pour le recommander plus particulièrement, que l'expérience nous ait plus amplement instruit.

A l'exemple de tous les auteurs récents, je mets de côté les diverses *excitations des parties génitales* recommandées par les anciens auteurs; ce sont des pratiques que personne ne peut conseiller aujourd'hui.

On a cité des cas dans lesquels des *injections* narcotiques, aromatiques, antispasmodiques, dans le vagin, ont fait cesser les attaques; mais ces cas sont peu nombreux.

Émissions sanguines. — Jusqu'à présent je n'ai pas parlé des émissions sanguines, parce qu'on ne les emploie pas très fréquemment dans le traitement des attaques; cependant plusieurs auteurs, parmi lesquels il faut citer F. Hoffmann et Sylvius, en ont recommandé l'emploi, et l'on a cité des faits dans lesquels ces évacuations ont réussi à dissiper l'attaque. La *saignée du bras*, la *saignée du pied*, les *sangsues derrière les oreilles*, ont produit ces bons effets; mais on n'a pas suffisamment établi dans quelles circonstances elles doivent être pratiquées.

Enfin on a eu recours à la *ligature des membres*, qui paraît avoir arrêté quelquefois les accès.

(1) Voy. Landouzy, *loc. cit.*
(2) *Ann. univ. di med.*, 1831.
(3) Voy. Récamier, *Revue médicale*, 1826.

On le voit, nous avons été presque réduit à faire une simple énumération des moyens mis en usage dans cette maladie, et toutes les fois que nous avons voulu en faire une appréciation rigoureuse, nous avons été arrêté par le défaut de documents. Une remarque générale, faite par M. Landouzy, sur ces moyens préventifs, rend très hypothétique leur valeur dans un très grand nombre de cas : « Du reste, dit-il, un fait important à constater, c'est que l'habitude rend bientôt toutes ces tentatives inefficaces, et qu'après les avoir vues réussir dans les premiers accès, on les voit bientôt insuffisantes dans les suivants. » Il faut peut-être faire une exception en faveur de l'ingestion forcée de l'eau froide, qui a pour elle, ainsi que nous l'avons vu, des faits plus positifs et mieux constatés.

Dans deux cas d'hystérie caractérisée par des accès très violents, M. le docteur Fissan (1) a obtenu un effet sédatif très prononcé par l'emploi des *ventouses sèches sur l'hypogastre.*

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LE TRAITEMENT DES ACCÈS.

Enlever d'auprès des malades tous les objets qui pourraient devenir des causes de blessures.

Les éloigner des murs et des meubles contre lesquels elles pourraient se contondre les membres et la tête.

Enlever toutes les ligatures qui peuvent gêner les mouvements et blesser les malades.

Leur procurer l'inspiration de l'air frais; faire disparaître les objets ou les personnes dont la vue les blesse.

3° *Traitement curatif de la maladie.* — Le traitement des accès est évidemment insuffisant; il faut en outre s'occuper d'empêcher leur retour, ou, en d'autres termes, de guérir l'hystérie, et c'est dans cette partie du traitement qu'on trouve le plus de difficultés.

Je dirai d'abord que tous les moyens que j'ai énumérés dans le *traitement prophylactique*, et la plupart de ceux qui sont mis en usage dans le *traitement des accès*, se retrouvent dans le traitement curatif; seulement ils sont employés avec beaucoup plus de persistance, et plus les accès deviennent violents, plus on les rend énergiques.

Avant tout, il faut, ainsi que le font remarquer tous les auteurs, rechercher avec soin quelle est la cause qui produit l'hystérie, afin de la faire cesser.

Les *diverses lésions de l'utérus*, l'inflammation, les déplacements, les *altérations profondes*, doivent être traités par les moyens que j'ai mentionnés en parlant des maladies de la matrice, et sur lesquels je n'ai pas à m'étendre ici. Il a parfois suffi d'une ou de plusieurs applications de *sangsues*, de quelques *saignées*, de l'emploi des *emménagogues*, de l'*application d'un pessaire* ou de l'*extraction* de cet instrument lorsqu'il cause des accidents, pour faire cesser de violents accès d'hystérie. Je rappellerai ici l'emploi de l'*ammoniaque liquide*, recommandé par M. Duparcque (2) dans les cas de dysménorrhée, et dont j'ai fait connaître ailleurs.

(1) *Bulletin de la Soc. de méd. de la Sarthe*, 1853.
(2) Voy. article *Dysménorrhée.*

l'administration. Le médecin instruit saura parfaitement remonter à ces causes et à d'autres du même genre, et agir en conséquence.

Mais il est bien des cas où la cause n'est pas facile à découvrir, et surtout où, cette cause étant découverte, on ne peut tirer aucun parti de cette indication, et l'on doit agir simplement contre les accidents de la névrose. Ici reviennent ces médicaments si nombreux dont j'ai indiqué quelques-uns plus haut.

Je ne parlerai ni des *amulettes*, ni des *sachets médicamenteux*, ni de certaines substances, comme celles qu'on emprunte aux diverses parties du corps humain, et dont l'emploi est absurde. Je joindrai seulement aux moyens que j'ai fait connaître plus haut quelques médications qui ont eu une certaine vogue. Sans doute il faut reconnaître, avec M. Landouzy, que tout cet attirail thérapeutique n'a pas l'importance qu'on lui attribuait autrefois, et que, dans les formules que nous ont laissées nos prédécesseurs, il se trouve un mélange souvent ridicule de substances hétérogènes; mais je pense que cet auteur a été un peu trop loin en proscrivant toutes les formules compliquées. Il est bon assurément de rechercher quelles sont, dans ces formules, les substances actives; mais on ne saurait *à priori* les proscrire toutes, surtout quand on se rappelle l'action de certaines médications très compliquées, qui, comme celle à laquelle on a donné le nom de *traitement de la Charité*, doivent compter encore parmi les plus sûres et les plus actives. C'est aux observateurs modernes à rechercher par l'expérimentation quels sont, parmi les *moyens antihystériques*, ceux qu'on doit rejeter et ceux qu'on doit prescrire.

Antispasmodiques. — Je rappellerai d'abord les médicaments antispasmodiques indiqués plus haut, et j'y ajouterai les préparations suivantes :

Élixir fétide de Fulde.

℞ Alcool rectifié	125 gram.	Esprit de corne de cerf	ãã 4 gram.
Castoréum	16 gram.	Opium	
Asa fœtida	8 gram.		

Faites digérer pendant quatre jours; filtrez. Dose : 4 grammes dans une infusion de tilleul.

Les Allemands emploient, sous le nom de *Zincater*, une composition dans laquelle entrent le *chlorure de zinc* et l'*éther sulfurique* de la manière suivante :

℞ Chlorure de zinc	15 gram.	Éther sulfurique	60 gram.
Alcool rectifié	30 gram.		

Mêlez. Dose : de deux à quatre gouttes, deux fois par jour, dans un demi-verre d'eau sucrée.

Je ne pousserai pas plus loin cette indication des antispasmodiques ; les formulaires fourniront, sous ce rapport, un très grand nombre de renseignements.

Narcotiques. — Les narcotiques ont été employés par un assez grand nombre d'auteurs. D'abord, ainsi que nous l'avons vu plus haut, on trouve l'*opium* dans un bon nombre de formules composées principalement de médicaments antispasmodiques, et récemment M. Gendrin (1) a fait de cette substance, administrée à *haute dose*, la base du traitement. Cet auteur veut qu'on commence par 5 centi-

(1) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 11 août 1846, t. XI, p. 1367.

grammes par jour, et qu'on arrive graduellement à la dose de 60 à 75 centigrammes dans le même espace de temps. Il dit avoir remarqué que, tant que la maladie résiste, il n'y a pas de somnolence. On commence à s'apercevoir que le remède a une action favorable, lorsque le narcotisme se montre. Dès lors, en effet, tous les symptômes décroissent. M. Gendrin affirme avoir guéri ainsi plus de la moitié des hystériques. C'est à l'observation ultérieure à nous éclairer définitivement sur la valeur de cette indication.

On a cité un très grand nombre de cas dans lesquels d'autres narcotiques, et principalement la *belladone* et le *datura stramonium*, ont procuré la guérison de l'hystérie. Parmi les préparations dans lesquelles le narcotique est uni à un médicament antispasmodique, je citerai la suivante :

℞ Iodure de zinc et de morph.	0,0025 gram.	Sirop de gomme............. Q. s.
Poudre de guimauve.....	1 gram.	

F. s. a. huit pilules. Dose : une ou deux par jour.

On peut augmenter graduellement cette dose. Le docteur Blackell (1) a préconisé particulièrement la *teinture de belladone* ainsi préparée :

℞ Extrait de belladone.... 40 gram. | Alcool.................. 500 gram.

Dose : d'abord deux ou trois gouttes par jour.

On peut augmenter assez rapidement cette dose, que l'on peut élever graduellement jusqu'à trente, quarante gouttes, et plus encore, en surveillant néanmoins l'action du médicament.

M. le docteur de Breyne (2) emploie contre l'hystérie les pilules suivantes auxquelles il a donné le nom de *pilules antihystériques :*

℞ Camphre...........	āā 12 gram.	Extrait aqueux thébaïque....... 1 gram.
Asa fœtida..........		Sirop de gomme............. Q. s.
Extrait de belladone....	4 gram.	

Faites cent vingt pilules. On donne une pilule le premier jour, et l'on augmente d'une pilule chaque jour jusqu'à six en vingt-quatre heures, deux le matin, deux à midi et deux le soir, deux heures avant le repas.

C'est le docteur Redenberg qui a le plus particulièrement insisté sur l'emploi de l'extrait de *datura stramonium*. Il l'administre à la dose de 0,40 grammes, en ayant soin toutefois de n'y arriver que graduellement. Des faits qui ont été publiés prouvent que cette dose peut être considérablement dépassée lorsque l'on prend les précautions convenables.

Moyens divers. — Je dois mentionner encore un certain nombre de moyens sur lesquels nous avons des renseignements moins précis, mais qu'il importe de connaître, afin que l'on puisse les expérimenter de nouveau. Ce sont : l'*acétate de*

(1) *The London med. Reposit.*
(2) *Lettres sur les propriétés thérapeutiques de la belladone* (*Journal des connaiss. méd.-chir.*, décembre 1849).

plomb, recommandé par Richter et Saxthorph ; le *carbonate d'ammoniaque*, qui entre dans les pilules de Rosen ; l'*huile de cajeput*, employée principalement par les médecins allemands ; l'*acide hydrochlorique*, qui a été recommandé par Elwert ; le *nitrate d'argent*, vanté par plusieurs auteurs, et en particulier par M. Mérat (1).

Mais c'est assez insister sur ces moyens divers. Il me reste maintenant à dire quelques mots d'une médication importante qui consiste dans l'emploi du *sulfate de quinine*. Lorsque les accès sont périodiques, il ne faut pas hésiter à mettre ce médicament en usage, car il a procuré un assez grand nombre de guérisons remarquables. « Une observation qui résulte de notre expérience personnelle, dit M. Landouzy, c'est que le sulfate de quinine échoue constamment lorsque, avec un ou plusieurs accès évidemment périodiques, il existe d'autres accès irréguliers. » Il faut, avec l'auteur que je viens de citer, reconnaître que, dans une maladie où le système nerveux se trouve aussi exalté, on doit administrer le sulfate de quinine avec une très grande prudence.

Je ne reviendrai pas ici sur ce que j'ai dit plus haut de l'influence salutaire du *mariage*, que le médecin ne doit pas hésiter à conseiller, lorsqu'il s'est assuré qu'il est indiqué. Les auteurs se sont beaucoup occupés de divers symptômes en particulier, et c'est avec raison ; mais, comme dans d'autres portions de cet ouvrage, nous avons eu occasion d'exposer la manière dont on doit agir dans ces différents cas, nous ne devons parler ici que de quelques phénomènes particuliers.

Traitement des symptômes. — *Douleurs.* Les malades affectées d'hystérie éprouvent des douleurs fort vives, qui durent plus ou moins longtemps. Y a-t-il quelque moyen qu'on puisse opposer, d'une manière générale, à ces douleurs ? Évidemment non. Lorsque les indications pour combattre l'hystérie ont été bien nettes et bien saisies, on voit le symptôme disparaître avec la maladie générale. Dans les cas où il existe un de ces *points névralgiques* que tous les auteurs ont signalés (*clou hystérique*, etc.), on peut employer des moyens locaux dirigés contre les névralgies. Nous avons vu de ces douleurs disparaître sous l'influence de ce traitement, sans que la maladie principale ait été arrêtée (2). Mais ces douleurs sont parfois rebelles ; alors il faut se contenter de chercher à les calmer par les *narcotiques*, les *réfrigérants*, tout en attaquant énergiquement l'hystérie.

Paralysie, *roideur tétanique*, etc. — On n'a presque jamais à s'occuper d'une manière spéciale de ces troubles de la motilité qui, étant une conséquence de l'hystérie, se dissipent avec elle. Si néanmoins ils se prolongeaient outre mesure, on pourrait leur opposer les moyens que j'ai indiqués aux articles consacrés à la paralysie partielle, aux convulsions, etc.

Hoquet. — Lorsque le hoquet persiste et ne se dissipe pas en même temps que les accès, il réclame des soins particuliers que j'indiquerai plus loin (3).

Coliques. — Les hystériques sont sujettes à des coliques nerveuses quelquefois très intenses. Si les calmants ne réussissent pas, on pourra recourir à la *compression* et au *massage*, recommandés par M. Récamier.

(1) Voy. article *Chorée*.
(2) Voy. mon *Traité des névralgies*.
(3) Voy. article *Hoquet*.

Vomissement. — *L'eau magnésienne*, l'ingestion des *narcotiques*, les *boissons glacées*, la *glace*, la *potion de Rivière*, l'*eau de Seltz*, conviennent contre ces vomissements, qui sont souvent beaucoup plus facilement arrêtés par de simples *lavements fortement laudanisés*.

Météorisme. — Brodie recommande les *lavements stimulants* lorsque l'abdomen est très distendu. M. Landouzy préfère les *préparations magnésiennes*.

Syncope, mort apparente. — Je n'aurais rien à ajouter à ce que j'ai dit ailleurs (1) sur le traitement de la syncope et de la mort apparente ; seulement je ferai observer qu'il ne faudrait espérer aucun bon résultat de la position ; qu'on maintiendrait en vain la tête plus basse que le reste du corps, et que les faits de ce genre prouvent combien la théorie de M. Piorry sur la syncope est fautive, et combien il a mal interprété des phénomènes d'ailleurs bien connus avant lui.

Je ne pousserai pas plus loin ce traitement des symptômes, n'ayant rien à indiquer que le lecteur ne puisse facilement trouver dans les articles consacrés à d'autres affections.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement préventif.* — Éloigner tout ce qui peut exciter les désirs vénériens ; occupations, distractions, exercice, gymnastique, mariage, soins hygiéniques en général.

2° *Traitement des accès.* — Antispasmodiques, narcotiques, odeurs fortes ; douches aromatiques, ingestion forcée de l'eau froide, lavements d'eau glacée, affusions froides ; inspirations de l'acide carbonique, inhalations de chloroforme, injections diverses ; émissions sanguines, ligature des membres.

3° *Traitement curatif.* — Traiter les lésions de l'utérus ; antispasmodiques, narcotiques ; moyens divers, mariage.

4° *Traitement des symptômes.*

ARTICLE XI.

ÉCLAMPSIE.

On n'est pas, à beaucoup près, d'accord sur la nature de l'affection dont il va être question dans cet article ; mais presque tous les médecins s'accordent à admettre l'existence de convulsions idiopathiques essentielles qui se manifestent chez les enfants, ou chez les femmes pendant la grossesse et le travail de l'enfantement, et quoique quelques auteurs aient voulu ne voir dans ces convulsions, du moins chez les enfants, que des attaques épileptiques, il convient, la question étant indécise, de décrire à part cette espèce de névrose.

Je ne dirai que quelques mots de l'éclampsie des femmes enceintes, parce que c'est dans les traités d'accouchement qu'on doit chercher les détails de cet accident souvent si grave ; mais je m'étendrai sur l'éclampsie des enfants, qui a pour nous un intérêt réel.

(1) Voy. article *Syncope*.

1° ÉCLAMPSIE DES ENFANTS.

Il serait impossible de faire un historique exact de cette maladie, parce que, jusqu'à ces derniers temps, on a confondu sous le nom de convulsions un nombre assez considérable de maladies diverses. On en trouve la preuve dans les opinions émises par plusieurs auteurs qui, avec Sauvages et Cullen, ne séparent pas l'éclampsie de l'épilepsie.

M. Brachet (1) est un des auteurs qui ont les premiers cherché à établir, à l'aide de faits d'une valeur réelle, une différence marquée entre les diverses convulsions auxquelles les enfants sont sujets ; mais les signes qu'il a indiqués sont fugitifs, et souvent il est difficile de les reconnaître.

La définition présentée par M. Dugès (2) prouve suffisamment que cet auteur range sous la dénomination d'éclampsie plusieurs affections différentes.

Quant à Guersant et à M. Blache, sans approfondir la question, ils se contentent d'établir une distinction entre l'éclampsie et l'épilepsie légère, avec laquelle on l'a, suivant eux, confondue, et ils passent à la description des convulsions sympathiques ou essentielles, les seules qui, à leur avis, méritent le nom d'éclampsie.

Pour moi, je renvoie à l'article *Diagnostic* la discussion de cette question difficile, et je vais, à l'exemple de Guersant et de MM. Blache, Barthez et Rilliet, Duclos (3), Ozanam (4) et autres, traiter de l'éclampsie comme d'une maladie particulière, parce qu'elle présente des particularités importantes qu'on ne saurait trouver dans aucune autre.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom d'*éclampsie* à des convulsions idiopathiques, essentielles ou symptomatiques, qui surviennent chez les enfants, et dont les caractères ne sont pas exactement ceux de l'épilepsie. Celles qui ne sont autre chose qu'un symptôme d'une affection plus ou moins grave conservent le nom générique de convulsions. Cette définition est peu précise, ce qui tient évidemment à l'incertitude où l'on est encore sur les caractères essentiels de cette affection.

Cette maladie se trouve décrite dans les auteurs en même temps que d'autres affections convulsives diverses, soit sous ce nom général de *convulsions*, soit sous ceux de *epilepsia puerilis*, *insultus epilepticus*, *mouvements convulsifs*, *spasme de la glotte*, *asthme thymique*. L'éclampsie des enfants n'est pas une maladie rare, surtout si l'on tient compte, comme on doit le faire, des convulsions sympathiques ; on sait, en effet, qu'elles se montrent assez fréquemment dans la dentition difficile.

(1) *Traité pratique des convulsions chez les enfants*. Paris, 1837, in-8.

(2) *De l'éclampsie des jeunes enfants, comparée avec l'apoplexie et le tétanos* (*Mém. de l'Acad. royale de méd.*, Paris, 1833, t. III, p. 303).

(3) Thèse, Paris, 1846.

(4) *Recherches cliniques sur l'éclampsie des enfants* (*Archives générales de médecine*, mars, mai et juin 1850).

§ II. — Causes.

Les causes ont été étudiées avec soin par MM. Barthez et Rilliet, qui ont rassemblé, dans ce but, vingt-cinq cas de convulsions primitives ou sympathiques.

1° Causes prédisposantes.

Age.— Ces auteurs ont trouvé que l'éclampsie proprement dite se développe un peu plus tôt, en général, que les convulsions symptomatiques. On les voit ordinairement apparaître avant l'âge de sept ans. Billiard en a observé des exemples chez des nouveau-nés ; je les ai notées chez des enfants qui n'avaient que quelques heures d'existence, et les autres auteurs en ont vu des cas chez des sujets âgés d'un à deux ans. On sait que les convulsions surviennent principalement à l'époque de la *première dentition*, mais nous avons parlé ailleurs de ces convulsions symptomatiques.

Sexe. — La plupart des auteurs s'accordent à dire que les garçons sont plus sujets à l'éclampsie que les filles. Les faits recueillis par MM. Barthez et Rilliet ne sont pas d'accord avec cette opinion ; mais le nombre de ces faits n'est pas assez considérable pour qu'on doive regarder le résultat comme définitif.

Constitution, tempérament. — C'est encore à MM. Barthez et Rilliet qu'il faut demander des renseignements sur ce point, parce qu'ils ont examiné attentivement les faits. « Dans les cas, disent-ils, de convulsions sympathiques qui ont passé sous nos yeux, le tempérament de nos jeunes malades ne nous a rien offert de bien caractéristique. La plupart étaient blonds, à chairs un peu flasques, en général peu forts ; ils ne nous ont pas paru plus irritables ou plus excitables que les autres enfants de leur âge. Nous n'avons pas remarqué non plus que le volume de leur tête fût exagéré. »

Nous n'avons pas de renseignements suffisants pour nous apprendre d'une manière positive s'il est des *saisons* dans lesquelles les convulsions soient plus fréquentes que dans les autres. Il faut faire la même remarque relativement aux *climats*. C'est une étude à entreprendre avec de nouveaux faits.

Hérédité.— C'est une opinion généralement répandue que l'éclampsie se manifeste principalement chez les enfants dont les parents sont affectés de maladies convulsives ; mais on n'a pas étudié rigoureusement les faits sous ce rapport. Cependant MM. Barthez et Rilliet ont cité quelques cas dans lesquels les enfants avaient des parents épileptiques ou avaient eu des frères et des sœurs mortes de convulsions ; mais ce ne sont là que des renseignements incomplets.

Les mêmes auteurs se sont livrés à des recherches intéressantes, desquelles il résulte que plusieurs sujets avaient des convulsions pour la deuxième ou troisième fois. Si les faits de ce genre se multipliaient, ils fourniraient aux médecins une donnée importante pour les soins dont les enfants affectés une première fois d'éclampsie doivent être l'objet par la suite.

2° Causes occasionnelles.

Il semble, au premier abord, que nous devons être mieux fixés sur les causes occasionnelles ; on va voir cependant qu'il reste encore beaucoup d'incertitude sur ce point.

« Au nombre des causes occasionnelles, disent MM. Barthez et Rilliet, nous devons mettre en première ligne les *émotions morales*. Ainsi une jeune fille âgée de cinq ans est corrigée devant ses compagnes; elle est si outrée, que sa colère se change bientôt en une crise de convulsions (1). La *peur*, une *douleur violente*, une *température trop élevée*, l'*exposition à un soleil ardent*, la tête découverte, l'*impression subite du froid*, ont suffi quelquefois pour produire des convulsions.... Disons en terminant qu'il paraît bien prouvé que, dans certains cas, les convulsions ne connaissent pas d'autre cause que l'*imitation*. »

J'ajouterai que l'application intempestive des *irritants cutanés* (sinapismes, vésicatoires) peut produire des convulsions. J'en ai vu pour ma part des exemples remarquables dans des cas de maladies fébriles, même légères : c'est ainsi que j'ai vu cet accident se manifester chez un enfant de quatre ans et demi, à qui l'on avait appliqué des sinapismes aux mollets, pour un peu de somnolence produite par un coryza fébrile. Des calmants à l'intérieur et des cataplasmes émollients sur le point irrité par les sinapismes réduisirent en douze heures cette affection, qui paraissait si grave, à une simple indisposition.

« Une *douleur aiguë*, le *chatouillement*, ont été, disent Guersant et M. Blache, considérés comme causes occasionnelles de ce genre d'affection. Il en est de même quelquefois d'une *température très-élevée*... Nous avons vu fréquemment des enfants en proie à des convulsions, pour être restés dans une chambre fortement chauffée, dans une salle de spectacle ou dans une église où se trouvaient réunies un grand nombre de personnes. L'*état électrique de l'atmosphère*, à l'approche d'un orage, a suffi souvent, dit M. Andral, pour produire un accès convulsif... Des *émotions morales* vives, éprouvées par les nourrices, ont plusieurs fois, en altérant leur lait, donné lieu aussi à des convulsions. »

Ces auteurs citent encore l'*ingestion de substances indigestes* (indigestion complète ou incomplète) et la présence des *vers intestinaux*.

L'existence des causes précédentes ne peut être niée; mais il serait important de connaître dans quelle proportion chacune d'elles produit la maladie. C'est un travail qui ne pourra être exécuté qu'à l'aide d'un grand nombre de faits bien détaillés.

Un mot seulement sur les convulsions par imitation. Dans l'article consacré à l'*hystérie*, nous voyons M. Landouzy constater que, dans un certain nombre de cas où l'on a cru à la production de la maladie par imitation, on peut très bien admettre qu'il n'y ait autre chose qu'une forte émotion morale causée par les convulsions effrayantes dont les sujets sont témoins; n'en serait-il pas de même dans quelques-uns des cas dont nous parlons?

Les causes qui viennent d'être énumérées sont particulièrement attribuées à l'éclampsie essentielle; mais les auteurs font remarquer, après les avoir énumérées, combien il est nécessaire qu'il y ait une grande prédisposition pour qu'elles agissent. C'est dire qu'elles n'ont pas toute la puissance qu'on pourrait leur supposer au premier abord.

Maintenant dois-je parler des causes occasionnelles des convulsions sympathiques? Il faudrait, comme le disent MM. Barthez et Rilliet, parcourir presque tout

(1) Brachet, *loc. cit.*, p. 124.

le cadre nosologique. N'oublions pas d'ailleurs que ces convulsions nous intéressent beaucoup moins en ce moment que les précédentes, car leur place principale se trouve dans la description des maladies dans le cours desquelles elles se produisent; disons seulement que les *maladies fébriles*, et en particulier les *fièvres exanthémateuses*, un *simple accès de fièvre*, l'*indigestion*, les *vers intestinaux*, l'*albuminurie*, etc., peuvent donner lieu à l'éclampsie chez les enfants prédisposés. Il en est de même des *hémorrhagies abondantes*, et surtout de la *dentition difficile*, dont j'ai plusieurs fois parlé.

Quant aux *conditions organiques* dans lesquelles, suivant quelques auteurs, se développe la maladie, j'en dirai un mot en parlant des *lésions anatomiques* qu'on a trouvées ou qu'on a cru trouver.

[Dans un récent mémoire, M. Rilliet a insisté principalement sur l'éclampsie avec anasarque et albuminurie se montrant fréquemment, et passant souvent inaperçue chez les jeunes enfants. La cause la plus habituelle de cette maladie serait une fièvre éruptive, le plus souvent la scarlatine, quelquefois la rougeole. Il arrive assez souvent que l'œdème est peu prononcé, et le médecin ne songe pas toujours à examiner les urines. Souvent ces convulsions surviennent au début, quelquefois à la fin des éruptions. L'action du froid pourrait être également invoquée.]

§ III. — Symptômes.

Comme MM. Barthez et Rilliet, c'est à M. Brachet que nous emprunterons la description des *prodromes* attribués à l'éclampsie, parce que cet auteur en a donné l'énumération la plus complète. « L'enfant, dit M. Brachet, n'est pas encore malade, et déjà on le voit menacé; son œil est plus vif et presque hagard; son caractère devient plus impatient, plus colère, plus hargneux; il cherche querelle à ses camarades; tout le contrarie et le dépite; son sommeil, beaucoup moins long et plus léger, est interrompu par des rêves effrayants qui le réveillent en sursaut, donnent à sa figure l'expression de la terreur et lui font pousser des cris d'effroi. Quelquefois l'insomnie est complète; l'enfant dort à peine une heure dans les vingt-quatre heures; d'autres fois il y a somnolence pendant le jour et insomnie pendant la nuit.

» Ces symptômes font des progrès : les yeux sont habituellement ouverts et fixes, ou bien ils ne se ferment qu'à moitié, et alors la prunelle se cache en haut, et la sclérotique paraît seule dans l'écartement des paupières; le globe de l'œil, agité, semble rouler sur lui-même; le visage change de couleur et se décompose d'un instant à l'autre; la respiration devient inégale et même suspirieuse. Parfois l'enfant pousse des cris plaintifs, tantôt interrompus, tantôt continuels; il tressaille fréquemment sans cause connue ou pour la cause la plus légère. Ces tressaillements sont plus fréquents et plus manifestes pendant le sommeil, et ils éveillent souvent l'enfant. Il y a des grincements de dents; les bras commencent à se roidir, exécutent quelques mouvements brusques et involontaires; les doigts s'écartent les uns des autres; les pouces seuls se portent en dedans; les mains se dirigent machinalement vers les narines et y produisent un frottement singulier. La contraction des angles des lèvres donne lieu au rire sardonique et au rire cynique. »

On aurait tort de croire que l'ensemble des prodromes qui viennent d'être énu-

mérés se trouve dans tous les cas d'éclampsie observés chez des enfants. M. Brachet a fait pour cette maladie ce que l'on a fait pour tant d'autres ; il a réuni en un tableau tous les phénomènes précurseurs dont on peut observer un plus ou moins grand nombre dans les divers cas. Il est même quelques-uns de ces phénomènes qui ne se montrent pas toujours, à beaucoup près, de la manière qui vient d'être indiquée : c'est ainsi que la plupart des observateurs ont remarqué qu'en même temps que le pouce est collé contre la paume de la main, les autres doigts sont fléchis sur lui, et qu'assez fréquemment une somnolence marquée est le symptôme précurseur le plus frappant. Enfin il n'est pas rare de voir survenir une attaque d'éclampsie sans qu'aucun phénomène un peu notable ait pu la faire prévoir. En pareil cas, l'état de l'enfant passe brusquement d'un calme souvent profond aux convulsions plus ou moins violentes qui caractérisent cette attaque.

Les seuls phénomènes précurseurs qui soient regardés comme importants par M. Ch. Ozanam, sont la fréquence du pouls survenue subitement, le ballonnement du ventre et la chaleur de la peau.

Attaque d'éclampsie. — Les descriptions nombreuses données par les auteurs qui se sont occupés de cette maladie ont la plus grande ressemblance entre elles, parce que les phénomènes sont tellement tranchés qu'ils ont dû frapper tous les observateurs. Il y a cependant aussi des nuances qui ne sont pas sans intérêt, et qui tiennent à la variabilité des symptômes, suivant les cas. Je peux donc prendre presque au hasard une des descriptions présentées dans ces dernières années, et la reproduire, sauf à indiquer ensuite quelques particularités intéressantes et à faire ressortir les symptômes principaux de l'attaque. Le tableau suivant, tracé par MM. Barthez et Rilliet d'après les faits qu'ils ont observés, peut, à tous les titres, trouver place ici.

Éclampsie générale. — « Lorsque, disent ces auteurs, l'enfant est pris de convulsions, le *regard*, qui était naturel, devient fixe : l'*œil* exprime la terreur ; puis, rapidement, le globe oculaire devient agité de mouvements saccadés qui le dirigent en haut sous la paupière supérieure, beaucoup plus rarement en bas. Il redevient ensuite momentanément fixe, pour être bientôt entraîné, par des mouvements désordonnés, tantôt à droite, tantôt à gauche : le strabisme est alors des plus prononcés. Les *pupilles* sont tantôt dilatées, tantôt contractées ; et lorsque l'iris est entièrement voilé par la paupière supérieure, on n'aperçoit plus que le blanc de l'œil, et la face revêt un aspect caractéristique et effrayant.

» En même temps les *muscles du visage* entrent en contraction ; la face est grimaçante ; les commissures, tirées en dehors par mouvements saccadés, produisent à chaque secousse un bruit particulier, résultat du passage de l'air dans l'espèce d'entonnoir que forme le coin de la bouche. Souvent des *mucosités mousseuses ou légèrement sanguinolentes* couvrent les lèvres d'une écume blanche ou rosée. La *lèvre supérieure*, tiraillée en haut, donne quelquefois à la bouche l'aspect de celle de certains rongeurs. La *mâchoire inférieure* est agitée du même mouvement ; d'autres fois il y a *trismus*, interrompu de temps à autre par des *grincements de dents*.

» La *tête* est d'habitude fortement portée en arrière ; plus rarement elle se meut latéralement ou en rotation.

» Les *doigts* sont fléchis sur la paume de la main avec roideur ; les *avant-bras*,

ramenés sur les bras, sont incessamment agités par des mouvements saccadés de demi-flexion et de demi-extension ; d'autres fois l'articulation du *poignet* passe d'un instant à l'autre de la pronation à la supination. On voit aussi les membres supérieurs tortillés en divers sens d'une manière bizarre et inattendue.

» On observe les mêmes symptômes aux *extrémités inférieures ;* mais ils sont en général moins prononcés.

» Les *muscles du tronc* participent rarement aux contractions cloniques ; mais d'ordinaire le *torse est roide*. Lorsque les mouvements d'un côté du corps prédominent en intensité sur ceux du côté opposé, l'enfant est porté sur le bord de son lit, de façon que l'on est ordinairement obligé de l'y retenir pour éviter une chute.

» La *contraction spasmodique du larynx* produit quelquefois un bruit tout spécial, lorsque l'air s'engouffre dans la poitrine à chaque inspiration.

» Lorsque les convulsions sont très violentes, les *urines et les matières fécales sont rendues involontairement ;* mais ce symptôme est peu fréquent. La *déglutition* est bien rarement impossible ; nous l'avons vue se faire chez des enfants atteints d'une crise d'une violence extrême.

» L'*intelligence est presque toujours abolie* et la *sensibilité nulle ;* les autres sens sont souvent encore impressionnables. Ainsi nous avons vu des enfants témoigner du déplaisir lorsqu'on leur faisait sentir de l'ammoniaque ou d'autres odeurs un peu fortes.

» Les symptômes que nous venons de décrire ne sont pas les seuls que nous ayons à signaler. Lorsque la convulsion est intense et qu'elle se prolonge, la *face* est violette, vultueuse, *couverte de sueur ;* la *chaleur de la tête est brûlante*, tandis que les *extrémités sont froides*. La *peau* est moite ; le *pouls* très accéléré et très petit, difficile à compter, souvent effacé par les contractions musculaires et les soubresauts des tendons. La *respiration* est très accélérée, bruyante, stertoreuse seulement dans le cas d'une haute gravité. »

Éclampsie partielle. — « Lorsque la convulsion est partielle, ajoutent MM. Rilliet et Barthez, les mouvements sont bornés soit à une moitié du corps, soit à un seul membre, soit à une partie d'un membre, soit même à un seul muscle. Nous avons vu les *globes oculaires seuls* agités de mouvements convulsifs ; d'autres fois les *extrémités supérieures.*

» De toutes les convulsions partielles, les plus fréquentes sont celles dans lesquelles on voit les mouvements convulsifs agiter en même temps *un ou plusieurs des muscles de la face et les extrémités supérieures.* Nous n'avons pas vu les extrémités inférieures entrer en convulsions indépendamment d'autres parties du corps.

» Les phénomènes secondaires que nous avons signalés, tels que l'accélération du pouls et de la respiration, la congestion violacée de la face, l'écume à la bouche, n'existent pas dans les cas où les convulsions sont partielles, peu intenses ; tout au moins ils sont beaucoup moins tranchés. L'intelligence et la sensibilité peuvent être en partie conservées. »

On voit par cette description que les symptômes qu'on observe du côté des voies respiratoires méritent de fixer l'attention du médecin, et on le reconnaîtra bien plus encore lorsqu'on se rappellera que les principaux observateurs ont signalé l'*asphyxie* comme une conséquence assez fréquente de l'éclampsie. A ce sujet, je ne

peux m'empêcher de rappeler ce que je disais dans la première édition de cet ouvrage à propos de cette maladie à laquelle on a donné les noms d'*asthme thymique*, *asthme de Kopp*, *spasme de la glotte* (1). Une étude attentive des faits me fit penser alors (1842) que cette prétendue espèce d'asthme n'était autre chose qu'une attaque d'éclampsie avec suffocation. D'une part, en effet, je voyais que, dans les cas présentés par les auteurs allemands et anglais comme des exemples d'asthme thymique ou de spasme de la glotte, il y avait des convulsions plus ou moins étendues des membres et même du tronc, et, de l'autre, je remarquais que dans l'éclampsie la respiration est, comme on vient de le voir, fréquemment gênée, il y a souvent de la suffocation, et parfois une asphyxie complète. Or les recherches faites ultérieurement en France ont prouvé que cette manière de voir est complétement fondée. M. Trousseau, en 1845 (2), a cité des faits qui démontrent que l'asthme de Kopp est un accident de l'éclampsie, et M. Hérard (3), tout en conservant à la maladie le nom de spasme de la glotte, a mis hors de doute ce fait, que les accidents qui constituent ce spasme appartiennent à la maladie dont nous nous occupons ici.

Cependant M. C. Ozanam (4), dont j'ai déjà cité les importantes recherches, ne partage pas cette opinion. Il se fonde d'abord sur ce que les convulsions qui accompagnent le spasme de la glotte sont quelquefois compliquées de contracture des extrémités. Mais je crois que ces contractions n'ont pas l'importance qu'il leur donne, car elles me paraissent avoir été exagérées dans la description qu'en ont présentée les auteurs allemands. En second lieu, il donne comme signes différentiels précisément les symptômes du spasme de la glotte : suffocation, sifflement du larynx, etc. : mais c'est poser en fait ce qui est en question. Nous disons en effet : Si la convulsion éclamptique envahit le larynx, il y a spasme de la glotte. Il faudrait prouver que la convulsion n'est pas éclamptique. N'oublions pas, d'ailleurs, que dans des cas d'éclampsie non douteuse, MM. Rilliet et Barthez ont noté des phénomènes analogues du côté de la respiration. Je crois donc qu'on peut persister dans l'interprétation des faits telle que je l'ai donnée.

Voici, d'après cela, comment on peut établir les diverses divisions de l'éclampsie. Dans un certain nombre de cas, les convulsions générales prédominent et le trouble de la respiration n'est pas porté jusqu'à une suffocation complète : c'est l'*éclampsie générale proprement dite*. Dans d'autres, un ou plusieurs membres sont seuls atteints de convulsions : c'est l'*éclampsie partielle proprement dite*. Dans quelques-uns, aux convulsions des membres et du tronc se joint une suffocation qui peut aller jusqu'à l'asphyxie : c'est la forme de l'asthme de Kopp ou du spasme de la glotte qui est la plus ordinaire, c'est l'*éclampsie avec suffocation*, comme j'ai proposé de l'appeler. Dans certains cas, la convulsion n'occupe que le larynx et l'isthme du gosier, c'est une *forme d'éclampsie partielle*, forme rare qu'on a particulièrement envisagée quand on a décrit l'*asthme thymique* et le *spasme de la glotte*; c'est la première forme admise par M. Hérard. En pareil cas, les convulsions restent bornées à la partie supérieure des voies respiratoires, comme dans d'autres elles sont bornées aux extrémités ou à un seul membre ; et si l'on n'a pas le droit de

(1) Voy. article *Asthme thymique*.
(2) *De l'asthme thymique en rapport avec les convulsions* (*Journal de médecine*).
(3) *Du spasme de la glotte*, thèse. Paris, janvier 1847.
(4) *Loc. cit.*, p. 175.

faire une maladie particulière de ces derniers cas, pourquoi aurait-on celui de séparer le spasme de la glotte de l'éclampsie, à laquelle il appartient évidemment? Enfin, d'autres fois c'est la convulsion du diaphragme qui cause la suffocation, et c'est la seconde forme reconnue par M. Hérard.

En classant ainsi les faits, tout devient facile à comprendre, et ces maladies particulières, bizarres, qu'on observe dans un pays et non dans l'autre, rentrent parfaitement dans les faits connus.

Lorsque la suffocation est poussée jusqu'à l'asphyxie, on reconnaît facilement la contraction spasmodique du larynx; les mouvements respiratoires deviennent irréguliers, il y a de l'écume à la bouche, puis les inspirations s'accélèrent, deviennent entrecoupées, incomplètes; la face est livide, la peau du reste du corps est violacée, le pouls est petit et fréquent; les extrémités se refroidissent, et si cet état persiste, le malade succombe. Tous ces phénomènes ne doivent-ils pas être considérés comme le résultat du spasme de la glotte, des muscles inspirateurs et du diaphragme?

Les autres symptômes signalés par les auteurs sont purement accidentels. M. Brachet, qui les a étudiés particulièrement, mentionne des douleurs souvent aiguës qui résulteraient, selon lui, du tiraillement des filets nerveux; des ecchymoses qui peuvent être produites par les contusions que se fait le malade pendant les convulsions, ou par l'extravasation du sang dans le tissu cellulaire sous-cutané, conséquence de la stase de ce liquide, lorsque la respiration est très embarrassée; la rupture des tendons, la courbure anormale des os, les fractures, les luxations qui résultent de la contraction exagérée des muscles convulsés. Il faut y joindre les diverses paralysies, les atrophies musculaires, les arrêts de développement qui résultent des lésions du cerveau ou des méninges, produites par les hémorrhagies, et que M. C. Ozanam a particulièrement signalées, comme conséquences importantes de la maladie.

Je ne crois pas devoir insister sur ces derniers symptômes, car il vaut mieux s'étendre avec quelques détails sur la marche de la maladie, très-utile à connaître.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Pour bien comprendre la marche de l'éclampsie, il faut examiner à part la maladie en général, et les attaques ou accès de convulsion en particulier. C'est une question de savoir si l'on peut regarder comme une éclampsie des attaques multipliées qui surviennent à des époques plus ou moins rapprochées. MM. Barthez et Rilliet pensent avec Baumes (1) que, lorsqu'il y a plusieurs attaques à certains intervalles, il s'agit d'une épilepsie : « Nous ne voyons, en effet, disent ces auteurs, d'autre dissemblance entre l'épilepsie et les convulsions violentes, que le retour des accès; car, lorsque l'éclampsie est intense, les symptômes de l'attaque, pris un à un ou envisagés dans leur ensemble, sont identiques avec ceux de l'accès épileptique. » Si cette manière de résoudre la question était parfaitement juste, on ne voit pas pourquoi on séparerait de l'épilepsie l'attaque d'éclampsie, même lorsqu'elle est unique. J'examinerai ce point en parlant du diagnostic. Quant à présent, je crois que, sans entrer dans cette discussion, on peut, en se rappelant seulement certains

(1) *Traité des convulsions dans l'enfance*. Paris, 1805, p. 432.

faits, dire que ce jugement de MM. Barthez et Rilliet est un peu trop absolu. Sans doute, il est ordinaire de voir l'éclampsie se produire une seule fois ; mais les faits ne manquent pas dans lesquels le même enfant, à des époques plus ou moins éloignées, a été pris de convulsions essentielles, deux, trois, et même quatre fois, pour n'en plus présenter ensuite, ce qui porte à croire qu'il ne s'agissait pas d'une épilepsie véritable.

Quoi qu'il en soit, on ne peut douter que, dans les cas les plus fréquents, il n'y ait qu'une seule attaque d'éclampsie. Dans ceux où il y en a plusieurs, les intervalles sont ordinairement si grands, on voit les convulsions se déclarer sous des influences si diverses, qu'on ne peut pas regarder ces attaques comme faisant partie de la même affection, mais seulement comme étant des atteintes répétées du même mal, pas plus qu'on ne regarde, comme ayant eu une seule maladie, un sujet qui a été plusieurs fois en proie à une angine. C'est donc uniquement de la marche des *attaques* que nous devons nous occuper.

Il est rare qu'une attaque se compose d'un seul accès. Lorsqu'il en est ainsi, on voit l'enfant contracter, contourner ses membres, se roidir, tourner ses yeux dans leur orbite, puis souvent revenir à son état primitif au bout de très peu de temps. Quelquefois, néanmoins, dans ces attaques si courtes, on observe le trouble de la respiration signalé plus haut. Presque toujours, au contraire, il y a plusieurs accès qui forment une attaque. Les convulsions se manifestent, puis l'enfant rentre dans le repos. Une contrariété, la douleur, l'action de boire, provoquent souvent des accès qui se produisent plus souvent encore sans cause connue. Ces accès peuvent avoir lieu plusieurs fois en un quart d'heure, et quelquefois rester plus d'une heure sans se montrer. Ils sont, dans quelques cas, très multipliés. MM. Barthez et Rilliet ont remarqué qu'ils sont ordinairement fréquents au début, et vont ensuite en diminuant à la fois de durée et de fréquence. Dans les intervalles, les enfants sont plus ou moins bien, suivant la cause à laquelle on peut attribuer les convulsions. Il y a des cas où l'on a vu les convulsions plus ou moins violentes se prolonger pendant des heures entières, toutefois avec des rémissions, car autrement les enfants ne tarderaient pas à succomber, surtout lorsque la respiration est très embarrassée pendant les convulsions.

« La *durée* d'une attaque d'éclampsie, disent MM. Barthez et Rilliet, est extrêmement variable ; il est impossible de rien dire de général à cet égard. Nous l'avons vue se prolonger de cinq minutes à douze heures. Les auteurs affirment que certaines attaques peuvent persister pendant plusieurs jours. »

La *terminaison* de l'éclampsie a lieu par la guérison plus fréquemment qu'on ne le croit, lorsque l'affection est idiopathique. La grande terreur qu'inspirent les convulsions en général vient de ce qu'on n'a ordinairement pas distingué les cas. Il est certain que les convulsions symptomatiques d'une affection cérébrale sont les plus graves. Celles qui sont sympathiques ont, toutes choses égales d'ailleurs, une terminaison moins fréquemment fatale ; et enfin les convulsions dont il est principalement question dans cet article sont celles qui se terminent le moins fréquemment par la mort. Lorsque la convulsion idiopathique est partielle, la terminaison est ordinairement heureuse, à moins qu'il ne s'agisse du spasme de la glotte, dans lequel la maladie se termine par asphyxie.

§ V. — Lésions anatomiques.

isque nous avons admis que l'éclampsie, dans les cas dont nous nous occu-, est essentielle, il est évident que nous ne devons pas tenir compte des *lésions omiques*, le plus souvent très légères, et toujours très variables, que quelques urs lui ont attribuées. Ordinairement elles sont le résultat de la convulsion ction des méninges, du cerveau, etc., résultant de la stase du sang dans l'asphyxie ; ymose, etc., etc.); et lorsqu'on ne peut pas les regarder comme telles, elles ont nit l'éclampsie sympathiquement. Or vouloir indiquer les lésions qui sont dans s, ce serait, comme je l'ai dit en parlant des causes, vouloir passer en revue ue toute la pathologie.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

us les médecins sont d'accord pour reconnaître que l'éclampsie se distingue la plus grande facilité de toutes les autres affections, sauf l'épilepsie. Mais n'il s'agit de cette dernière affection, tout le monde aussi avoue que la dis-on est des plus difficiles. C'est ce qui a engagé quelques auteurs à regarder mpsie comme une véritable épilepsie.

y a, sans aucun doute, des cas dans lesquels les symptômes se rapprochent oint qu'une confusion entre les deux maladies dont il s'agit est presque inévi-; mais je crois qu'on s'est beaucoup exagéré le nombre de ces cas. Presque ours, il faut le reconnaître, l'éclampsie a des caractères différents de l'épi-e; cela est si vrai, que les médecins qui ont l'habitude d'observer les maladies enfants ne s'y trompent pas, et n'ont pas besoin, pour repousser l'existence e épilepsie, qu'il se soit écoulé un long temps pendant lequel l'attaque ne pas reproduite. Dans l'épilepsie, les prodromes sont plus fréquents, il y a nt une *aura*, le début est plus subit. Dans l'éclampsie, les convulsions con-t particulièrement dans une violente torsion des membres, tandis que dans epsie ce sont des secousses rapides; l'attaque, dans cette dernière affection, l'on peut s'exprimer ainsi, une marche continue, c'est-à-dire que, excepté des cas exceptionnels dont je parlerai plus tard, qui ont eux-mêmes une onomie propre, on voit l'épileptique tomber, présenter des convulsions, puis ir à lui plus ou moins promptement et plus ou moins complétement, et que, ie dans les cas graves d'éclampsie, on ne voit pas une convulsion, puis un alle de calme, puis une convulsion, et ainsi de suite, jusqu'à ce que l'attaque mine. Je dis dans les cas graves d'éclampsie, car il est évident que ceux qui isentent pour tout symptôme que des convulsions bornées à un membre ou n de strabisme, ceux qui appartiennent à l'éclampsie partielle, en un mot, uvent pas être confondus avec l'épilepsie. Dans l'épilepsie la bouche est use, la face est violacée, la respiration d'abord suspendue, puis sterto-le pouls lent, la sensibilité et la connaissance abolie. Dans l'éclampsie, il y rarement de l'écume à la bouche, la face est pâle ou seulement congestion-a respiration est rapide, parfois sifflante, ordinairement sanglotante; le pouls ide, la sensibilité et la connaissance ne sont perdues que dans les attaques olentes, encore ne le sont-elles qu'un certain temps après le début de l'at-

taque, tandis que dans l'épilepsie, c'est immédiatement qu'elles sont abolies. C'est là un signe différentiel très important.

Reste maintenant à savoir si l'éclampsie est essentielle, sympathique ou symptomatique. Mais on ne peut entrer à cet égard dans de bien grands détails. L'étude des antécédents, l'âge du malade, les symptômes qu'il présente du côté des organes nerveux ou autres, feront reconnaître au médecin non-seulement si la maladie est sympathique ou symptomatique, mais encore de quelle affection elle est sympathique ou symptomatique. Les éléments de ce jugement doivent être cherchés dans divers articles qui précèdent; et dans ceux qui suivront, j'aurai soin, lorsqu'il s'agira d'affections de l'enfance, de ne pas négliger cette question importante. Les convulsions qui se manifestent si souvent dans les maladies cérébrales ont été étudiées avec soin dans les chapitres précédents.

Il est souvent plus difficile de dire si l'éclampsie est réellement essentielle; on peut, en effet, croire à l'existence d'une affection des centres nerveux ou d'une maladie occupant un organe éloigné dont les symptômes ne seraient pas évidents. L'état de santé dans lequel était l'enfant au moment de l'invasion, et l'examen de tous les appareils et de toutes les fonctions, serviront au médecin à établir un diagnostic précis.

Pronostic. — Le pronostic est très différent, suivant que l'éclampsie est essentielle, sympathique ou symptomatique. Dans les articles où j'ai eu à m'occuper de cette dernière, j'ai dit combien elle est grave. Il en est de même de l'éclampsie qui survient dans une autre affection. Quant à l'éclampsie essentielle, elle est, toutes choses égales d'ailleurs, la moins grave de toutes. Est-elle partielle, on a tout lieu de croire qu'elle n'aura aucune suite fâcheuse; il faut néanmoins, on le pense bien, faire une exception pour l'éclampsie caractérisée principalement par le spasme de la glotte, ce spasme entraînant souvent une asphyxie mortelle. Si elle est générale, elle est plus grave, et le pronostic doit s'établir sur l'intensité des symptômes.

§ VII. — Traitement.

On a proposé contre l'éclampsie des traitements nombreux; mais malheureusement la plupart des auteurs n'ont pas fourni à l'appui de leurs assertions des faits bien concluants et en nombre suffisant, et, de plus, presque tous ont confondu dans une même description le traitement des diverses espèces d'éclampsie que nous avons admises, quoique rien ne pût être plus intéressant que de savoir ce qui convient à chacune d'elles. Force nous est donc de passer en revue ces diverses médications, sans suivre un ordre bien déterminé, et de chercher dans chacune d'elles ce qui convient particulièrement aux espèces dont nous parlons dans cet article.

Émissions sanguines. — MM. Barthez et Rilliet font, au sujet des émissions sanguines, des réflexions qui me paraissent devoir être reproduites ici : « Les médecins, disent-ils, qui ne voient dans les convulsions qu'une congestion cérébrale ou une méningo-encéphalite à son début, prescrivent les émissions sanguines dans toutes les formes de convulsion ; nous nous sommes déjà élevés contre cette pratique. Nous pensons que l'on doit réserver les émissions sanguines pour certains cas déterminés. Ainsi : 1° lorsque la convulsion est primitive, l'enfant robuste, les symptômes convulsifs portés à un haut degré, la face violette, le pouls petit, l'as-

phyxie ou le coma imminents ; 2° lorsque la convulsion sympathique offrant la même intensité survient au début d'une affection inflammatoire... ; 3° enfin on doit les mettre en usage lorsque la convulsion sympathique se développe dans la convalescence d'une maladie aiguë, chez des sujets peu débilités, ou dans le cours d'une névrose. »

Ne connaissant pas la nature de la maladie, et surtout n'ayant pas de résumé de faits pour nous guider dans la pratique, nous n'avons rien de positif à ajouter à ces considérations. Quant à la manière de pratiquer ces émissions sanguines, à la quantité de sang à tirer, il n'y a pas de règle fixe à cet égard. C'est au médecin à varier les applications, suivant l'âge et les autres circonstances principales.

Compression des carotides. — On doit, comme les auteurs que je viens de citer, rapprocher des émissions sanguines la compression des carotides, dont j'ai parlé à propos des affections cérébrales (1). J'ai donné alors des détails suffisants sur la manière d'employer ce moyen.

M. Grantham (2) conseille, lorsque les convulsions surviennent chez un enfant dont les fontanelles ne sont pas encore ossifiées, de pratiquer la *compression du crâne* à l'aide d'une bande de calicot suffisamment serrée pour exercer une douce pression. L'auteur ne cite qu'un cas en faveur de ce moyen, qui a besoin d'être expérimenté de nouveau avant d'être admis comme réellement utile.

Vomitifs, purgatifs. — Plusieurs auteurs ont conseillé les vomitifs contre l'éclampsie. MM. Rilliet et Barthez restreignent l'emploi de ce moyen au cas où la maladie est due à une indigestion. Dans ces cas, l'action des vomitifs est des plus favorables, ainsi que le prouvent beaucoup d'exemples, et entre autres ceux qu'ont mentionnés Guersant et M. Blache. Dans les autres circonstances, les vomitifs ne paraissent pas avoir un grand succès ; cependant tout n'est pas encore dit sur ce point. Il est certain que, si l'on réserve aux cas d'éclampsie par indigestion l'administration des vomitifs, on doit, avec MM. Rilliet et Barthez, donner la préférence au tartre stibié, qui débarrasse le plus promptement les voies digestives. On le donne, suivant l'âge, à la dose de 2, 3 à 5 centigrammes dans une cuillerée d'eau ou de tisane. Chez les très jeunes enfants, on se contente de l'administration de quelques cuillerées à bouche de *sirop d'ipécacuanha*.

Les *purgatifs* sont prescrits dans cette affection. On a surtout recommandé le *calomel*, mais il faut remarquer qu'on l'a presque toujours donné à dose altérante : 2 ou 3 centigrammes, toutes les deux heures ou toutes les heures. Malgré l'autorité de Clarke, de Gœlis (3), de Neumann, etc., nous devons dire que l'efficacité de ce moyen est loin d'être parfaitement démontrée, et l'on sait quels accidents il peut produire. Lorsque l'on veut prescrire le calomel à dose purgative, on doit en donner de 10 à 25 centigrammes chez les jeunes enfants ; chez ceux qui ont plus de dix ans, on peut aller jusqu'à 30 et 40. MM. Barthez et Rilliet conseillent le mélange suivant :

℞ Calomel............. 0,15 gram. | Racine de jalap pulvérisé.. 0,30 gram.

A prendre en une fois dans une cuillerée de tisane.

(1) Voy. *Méningite*.
(2) *Bulletin général de thérapeutique*, 1837.
(3) Voy. *Gazette médicale de Paris*, 1835.

On peut encore prescrire *une goutte d'huile de croton*, si le calomel ne peut être pris et si l'indication paraît très pressante; mais souvent on en est réduit à n'administrer que des *lavements purgatifs*, dont il serait inutile d'indiquer la composition.

Narcotiques. — Parmi les narcotiques, ceux qui ont été particulièrement recommandés sont l'*opium*, la *belladone* et la *jusquiame noire*. Personne n'a plus insisté sur les heureux effets de l'*opium* que de Haen (1). Cet auteur a cité un cas de convulsions chez un enfant, et fait remarquer que la maladie, traitée en vain par beaucoup d'autres moyens, ne céda qu'après l'emploi du narcotique.

Les cas dans lesquels ce remède agit le mieux sont ceux où la maladie reconnaît pour cause une douleur violente quelconque. Chez les très jeunes enfants, il faut se contenter de donner le *sirop de pavot blanc* par demi-cuillerée ou par cuillerée à café, de deux en deux heures ou à des intervalles plus éloignés, et de surveiller l'effet de ce médicament. Chez les enfants plus âgés, la dose de ce sirop sera augmentée, ou bien on prescrira l'*extrait d'opium dans une potion ordinaire*. C'est, en un mot, au médecin à graduer l'énergie de ce moyen suivant l'intensité de la maladie, l'âge et les forces du malade. Mais, dans tous les cas, il faut agir avec prudence et éviter de dépasser les limites, car il est des enfants chez lesquels le narcotisme se produit très facilement.

M. Brachet recommande la *morphine* et ses préparations. Ce médicament peut être employé, mais avec beaucoup de prudence. On pourra donner une ou plusieurs cuillerées à café de sirop d'*acétate de morphine*, en en surveillant attentivement les effets.

La *belladone* doit être administrée comme dans la *coqueluche* (2).

Quant à la *jusquiame noire*, elle fait partie d'une formule recommandée par M. Brachet, et dans laquelle entre l'oxyde de zinc; je la donnerai plus loin.

Je pourrais encore citer le *datura stramonium*, mais il n'y aurait aucune utilité à multiplier ces indications, lorsque les faits positifs nous manquent.

Antispasmodiques. — Comme on devait bien s'y attendre, les *antispasmodiques* n'ont pas été oubliés dans l'affection dont nous nous occupons, et parmi les remèdes de cette nature, il n'en est aucun qui ait été plus généralement recommandé que l'*oxyde de zinc*. C'est Gaubius qui, le premier, a vanté les bons effets de ce médicament, prescrit ensuite par la plupart des médecins qui se sont occupés des maladies de l'enfance. Je citerai entre autres Guersant et M. Brachet; le premier recommande le mélange suivant :

℞ Extrait de jusquiame noire. 0,20 gram.	Oxyde de zinc.......... 0,10 gram.

Divisez en douze doses égales, dont on fait prendre une toutes les deux heures.

On peut augmenter un peu la quantité de ces deux médicaments : ainsi prescrire $0^{gr},15$ d'oxyde de zinc à $0^{gr},30$ de jusquiame; mais M. Brachet recommande de ne pas dépasser la dose de $0^{gr},50$ de l'une et de l'autre de ces substances.

(1) *Ratio medendi*, t. II, p. 294.
(2) Voy. l'article consacré à cette affection.

Le docteur Zangerl (1) donne l'*oxyde de zinc* seul, à la dose de 1 à 3 centi-grammes toutes les deux heures.

Il serait très difficile, avec les documents que nous possédons, de se prononcer ...rmellement sur la valeur de ces moyens.

Le docteur John Mason Good préfère le *sulfate de zinc* à l'oxyde, et le prescrit ... la manière suivante :

℞ Sulfate de zinc........ 0,15 gram. | Émulsion d'amandes amères.. 100 gram.

A prendre en trois fois dans la journée.

Enfin le docteur Hanke prescrit l'*hydrochlorate de zinc*. Il faudrait des faits ...lus précis que ceux que nous connaissons pour dire quel est celui de ces médica-...ents auquel on doit donner la préférence.

Le docteur Joerg (2) recommande particulièrement le *musc*, qu'il administre ...insi qu'il suit :

℞ Infusion de mélisse...... 120 gram. | Musc........... 0,15 à 0,20 gram.

A prendre par cuillerée toutes les deux ou trois heures.

Kretschmar (3) employait le *camphre* uni à l'éther sulfurique, ainsi qu'il suit :

℞ Camphre.............. 0,50 gram. | Éther sulfurique............ 8 gram.

Dose : une, deux ou trois gouttes tous les quarts d'heure, suivant l'âge.

Je pourrais multiplier beaucoup ces citations, et mentionner le *succinate d'am-...oniaque*, recommandé par Gœlis; l'*asa fœtida*, le *castoréum*, etc.; mais comme ...ous n'avons sur l'emploi de ces moyens que des renseignements incomplets, il ...ffit de cette indication.

L'*acide prussique* est un médicament qui a été maintes fois conseillé; le docteur ...eller l'a principalement mis en usage dans l'éclampsie des enfants, dont nous nous ...ccupons ici ; mais c'est une substance dangereuse, qu'il ne faut employer qu'avec ...eaucoup de précaution. On peut prescrire la potion suivante :

℞ Acide prussique de Robiquet. } ââ 2 gram. | Eau de fleur d'oranger. .... 2 gram.
Alcool... .... }

Mêlez. Dose : de deux à trois gouttes, trois fois par jour, et quatre gouttes pour les enfants ... peu âgés.

Toniques, ferrugineux. — Lorsque l'on peut attribuer l'éclampsie à une débi-...ation générale, à une anémie évidente, il est ordinaire d'administrer des toniques ...ls que le *quinquina* en particulier, et surtout des préparations ferrugineuses. Je ...insisterai pas sur la manière de donner ces substances, dont j'ai eu tant de fois à ...rler; je dirai seulement que les toniques et les ferrugineux ne peuvent pas être

(1) *Ueber die Convulsion in kindlisch. Alter.*
(2) *Kinderkrankeiten*, p. 297.
(3) *Horn's Archives*, 1801.

considérés comme des moyens qui doivent être dirigés contre les attaques elles-mêmes. Il faut alors une médication active, et qui ne demande pas un temps trop long pour produire son effet. Les toniques et les ferrugineux ne doivent donc être considérés que comme des moyens propres à raffermir la constitution et à prévenir de nouvelles attaques d'éclampsie.

Moyens divers.—Je me contenterai maintenant d'indiquer d'une manière sommaire un certain nombre d'autres moyens que l'expérience ne nous permet pas encore d'apprécier d'une manière convenable. Le *carbonate de potasse* a été recommandé particulièrement par Hamilton, et administré comme il suit :

℞ Sous-carbonate de potasse... 4 gram. | Eau distillée.............. 90 gram.

Dose : de dix à quarante gouttes dans la journée.

On a prescrit la *poudre de feuilles d'oranger*, vantée par de Haen; l'*armoise*, à laquelle plusieurs auteurs allemands accordent beaucoup de confiance, et que Biermann (1) prescrit à la dose de 0gr,03 à 0gr,05 d'heure en heure d'abord, puis de 0gr,10 aux mêmes intervalles; la *digitale*, le *phosphore*, le *sulfure de potasse*, l'*acétate de plomb*, la *noix vomique*, l'*acupuncture*, etc.

Excitants. — Les médicaments excitants ont été presque aussi généralement prescrits que les antispasmodiques, à l'intérieur; on donne soit la *teinture de cannelle* ou de *gingembre*, soit l'*alcali volatil*, comme le propose Chambon (2). Ces teintures doivent être données à la *dose de cinq à dix gouttes, et plus*, suivant l'âge des enfants. Quant à l'*ammoniaque*, Chambon l'unit au *laudanum*, et la prescrit à la dose de quatre à huit gouttes dans une potion.

On peut aussi faire inspirer, à l'aide de linges imbibés qu'on place sous les narines, des substances à odeur forte, comme l'*acide acétique*, l'*ammoniaque*, l'*éther*. C'est surtout lorsque la perte de connaissance se prolonge qu'on a recours à ces moyens.

Chloroforme. — Le docteur Simpson s'est servi avec succès du *chloroforme* chez un enfant de dix jours, qu'il tint pendant plus de vingt-quatre heures sous l'influence de cet agent anesthésique, en versant de temps en temps sur un mouchoir une petite quantité de ce liquide et en le lui approchant de la face. Après cette longue éthérisation, les accès de convulsions disparurent complétement (3).

Application du froid. — Comme dans toutes les affections qui présentent un grand trouble des fonctions nerveuses, on a eu recours, dans l'éclampsie, à l'application du froid, soit à l'aide de *compresses froides sur la tête*, soit à l'aide d'*affusions froides*. Tout le monde a cité un cas rapporté par le docteur John Mason Good (4), et dans lequel ce médecin réussit à faire cesser une attaque d'éclampsie en prenant l'enfant tout nu dans ses bras, et en l'exposant à l'air frais par une fenêtre ouverte.

L'application du froid est peut-être, de tous les moyens, celui qui demande le plus de prudence. S'il est vrai, comme je l'établirai dans le résumé du traitement,

(1) *Hufeland's Journal*, 1834.
(2) *Des maladies des enfants*. Paris, an VII, t. I.
(3) *Journal des connaiss. méd.-chirurg.*, 1er juillet 1852.
(4) *The Study of medicine*. London, 1822.

que les indications varient beaucoup suivant les cas, on conçoit, en effet, combien il faut apporter de soin dans l'examen des malades auxquels on veut appliquer une médication énergique, et qui, si l'on se trompe, si l'on choisit mal les cas, peut avoir des conséquences funestes.

Les *irritants cutanés :* les *frictions excitantes*, les *vésicatoires*, les *sinapismes* promenés sur les jambes, sur la partie postérieure du tronc, sur la tête, ont été prodigués dans cette maladie. Je crois que c'est un abus. Il y a sans doute des cas où l'enfant étant débilité et la perte de connaissance persistant depuis longtemps, on peut espérer que ces moyens agiront efficacement en réveillant l'organisme tombé dans la prostration ; mais d'abord rien ne prouve qu'on ait obtenu de véritables succès de cette manière, et ensuite il y a tant de cas où ces moyens eux-mêmes produisent une grande excitation, et même des convulsions chez les enfants, qu'on ne doit pas se hâter d'y recourir. Quant à la *pommade d'Autenrieth*, dont l'application est très douloureuse, aux *sétons*, aux *cautères*, aux *moxas*, je pense que, dans l'état actuel de la science, ces moyens doivent être bannis du traitement de l'éclampsie des enfants, parce que leur efficacité n'est nullement démontrée, et aussi parce qu'ils occasionnent une douleur qui, par elle-même, est une cause de convulsions, et plus tard produisent des cicatrices difformes.

Résumé. — Tel est le traitement actif de l'éclampsie chez les enfants. On voit que, si l'on s'est beaucoup occupé de cette question de thérapeutique, on l'a fait avec si peu de méthode, que le praticien qui veut agir en connaissance de cause se trouve embarrassé à chaque pas. Tous les auteurs sont d'accord pour recommander de rechercher avec soin quelle est la cause de l'éclampsie, afin d'agir en conséquence. Ce précepte s'applique principalement à l'éclampsie sympathique et à l'éclampsie symptomatique. Il est évident, en effet, que si la maladie est causée par la douleur que produit une dent dont la sortie est difficile, c'est à favoriser cette sortie que doit tendre presque tout le traitement, et que, s'il s'agit de convulsions survenues dans le cours d'une affection cérébrale, ce n'est pas à des antispasmodiques, mais à des moyens propres à combattre l'affection première qu'il faut avoir recours. Mais j'ai déjà, dans plusieurs des articles précédents, traité ces questions.

Il est beaucoup plus difficile de signaler les indications thérapeutiques dans l'éclampsie essentielle, considérée au point de vue étiologique. D'une part, en effet, il est un assez grand nombre de cas où l'on ne peut pas remonter à la cause de la maladie, et de l'autre, quand on a pu y remonter, on n'est pas toujours sûr, à beaucoup près, de tirer un grand parti de cette connaissance. Je suppose, en effet, qu'il s'agisse d'un cas d'éclampsie à la suite d'une grande frayeur, d'une vive colère; que fera le médecin, quand il sera instruit de ces circonstances, de plus que ce qu'il aurait fait sans les connaître? Mais, en revanche, il est des cas fort simples dans lesquels une investigation suffisante peut être de la plus grande utilité. Tous les médecins qui se sont occupés des maladies de l'enfance, et Baumes en particulier, recommandent de rechercher avec le plus grand soin s'il n'y a pas une *cause mécanique* aux convulsions souvent très effrayantes pour lesquelles on est appelé. Ainsi l'on doit rechercher si l'enfant n'est pas trop serré dans ses langes, dans ses bandages; s'il n'est pas piqué par une épingle; s'il n'a pas sur la surface du corps une petite écorchure, une petite plaie inaperçue; en un mot, si une

partie de son corps n'est pas incessamment le siége d'une douleur ou d'une gêne plus ou moins vive. En enlevant la cause, on enlève l'effet dans ces cas simples. Il en est de même de la température de la chambre, du défaut d'air. Guersant et M. Blache nous apprennent qu'ils ont vu disparaître promptement une attaque d'éclampsie chez un jeune enfant couché dans une chambre basse fortement chauffée, rien qu'en le transportant dans une pièce plus vaste, et où la température était moins élevée.

On peut résumer ce qui vient d'être dit, en indiquant les précautions générales qui doivent être prises, ainsi qu'il suit :

PRÉCAUTIONS GÉNÉRALES A PRENDRE DANS LES CAS D'ÉCLAMPSIE CHEZ LES ENFANTS.

Débarrasser promptement les enfants des langes ou des vêtements qui les serrent.

Enlever tout ce qui peut les blesser ou leur causer une douleur vive.

Éloigner toute cause d'irritation morale.

Soustraire le petit malade à une température trop élevée.

Si la pièce où il est placé est trop petite, établir une ventilation suffisante, ou mieux le transporter dans une chambre plus vaste.

Combattre l'indigestion, la constipation, ou toute autre cause semblable à laquelle on pourrait rapporter la maladie.

Traitement prophylactique. — Je ne crois pas pouvoir mieux faire que de donner, à propos du traitement prophylactique, le passage suivant de Guersant et M. Blache, qui résume très bien tout ce qu'on peut dire sur ce sujet : « L'éloignement, disent ces auteurs, des causes capables d'y donner lieu (à l'éclampsie) se trouve encore ici au premier rang des agents prophylactiques. Un *régime* doux, léger, tempérant, l'usage fréquent des *bains tièdes* ou *frais*, rendus plus efficaces en faisant en même temps des *aspersions froides sur la tête*, quelques prises de *calomel*, seul ou associé à l'*oxyde de zinc* et à la *valériane*, un *exutoire* placé au bras ou à la nuque, tels sont ensuite les divers moyens qu'on doit conseiller aux enfants qui sont sujets à l'éclampsie. Sous l'influence d'un pareil traitement, modifié d'ailleurs d'après les indications particulières, nous avons vu plus d'une fois, soit à l'hôpital, soit en ville, des attaques d'*éclampsie chronique* s'éloigner peu à peu et même disparaître complétement.

» On pourrait essayer aussi contre celles qui sont le plus rebelles, et qui se rapprochent en quelque sorte de l'épilepsie, l'administration de la *térébenthine* à l'intérieur, dont M. Foville a retiré des avantages marqués dans le traitement de cette dernière affection. »

On voit que ces conseils sont en grande partie donnés *à priori*, et d'après des indications fournies par la nature présumée des symptômes, ou par les causes probables ; mais, dans l'état actuel de la science, il n'est pas possible d'exposer avec plus de précision le traitement prophylactique.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Traitement curatif : Émissions sanguines ; compression des carotides ; compression du crâne ; vomitifs, purgatifs ; narcotiques ; antispasmodiques ; acide prus-

sique; toniques, ferrugineux; moyens divers (carbonate de potasse, armoise, digitale, etc.); excitants; chloroforme; application du froid; irritants cutanés.

Traitement prophylactique : Régime; bains; exutoires, etc.

2° ÉCLAMPSIE DES FEMMES ENCEINTES OU EN COUCHES.

[L'éclampsie des femmes enceintes ou en couches a longtemps été considérée comme une maladie essentielle ou idiopathique. Les auteurs qui ont précédé ce siècle l'attribuaient soit aux émotions morales et à l'irritabilité développée par l'état de gestation, soit à la pléthore, ou aux douleurs de l'enfantement. Les causes les plus multiples et les moins prouvées étaient invoquées lorsque l'attention des médecins se porta vers un phénomène qui accompagne et précède le plus souvent l'éclampsie, l'anasarque avec albuminurie. La découverte de Bright, suivie de la publication du *Traité des maladies des reins* par M. Rayer, ouvrit une nouvelle voie aux recherches. D'après les médecins anglais, l'honneur d'avoir rapporté positivement l'éclampsie à l'albuminurie reviendrait à Lever (1843), lequel, dans quatorze cas de convulsions puerpérales, constata treize fois l'albuminurie, bien que ce fait eût été signalé par les Drs Blackall et Tweedie antérieurement.

Depuis cette époque, des travaux nombreux ont été publiés sur cette question, en France par MM. Cahen et Delpech (1846), Devilliers et J. Regnauld (1848), Blot (1849) (1). Il convient de signaler aussi les mémoires de Simpson (1852) et Brown (1853), et le rapport de M. Depaul à l'Académie de médecine en 1854 (2).

Tous ces travaux aboutissent à un même résultat, qui est de montrer l'extrême fréquence de l'albuminurie chez les femmes atteintes d'éclampsie, d'où la conclusion que les convulsions sont le résultat de l'albuminurie.

Un médecin qui a publié récemment (3) un mémoire très remarquable sur l'albuminurie puerpérale et ses rapports avec l'éclampsie, M. Imbert-Goubeyre, va plus loin, et rattache absolument l'éclampsie à la maladie de Bright. Cette opinion est appuyée sur un très grand nombre de faits et sur des raisonnements si concluants, que l'on ne saurait se refuser à l'admettre comme représentant exactement l'état de la science sur ce sujet à notre époque. « Aujourd'hui, dit M. Imbert-Gourbeyre, il n'est plus possible de nier les rapports de l'éclampsie avec l'albuminurie ou le mal de Bright. D'après l'ensemble des faits, la véritable éclampsie n'est que le mal de Bright puerpéral, dans lequel il survient des convulsions; c'est la maladie de Bright survenant dans la grossesse, et y apparaissant avec prédominance d'une forme particulière d'accidents cérébraux, qui est l'éclampsie : cela est prouvé par la symptomatologie, par la marche, la terminaison, le pronostic, et par les lésions anatomiques. »

Nous devons donc renvoyer le lecteur à l'article *Maladie de Bright* pour la description de la maladie connue sous le nom d'*éclampsie des femmes grosses.*]

(1) *Thèse sur l'albuminurie des femmes enceintes.*
(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XIX, p. 266.
(3) *Mémoires de l'Académie de médecine.* Paris, 1856, t. XX.

ARTICLE XII.

TÉTANOS.

Le tétanos étant une maladie dont les symptômes sont très facilement appréciables, une indication précise, et même une description assez exacte en ont été données dans les premiers temps de la médecine. Les caractères du tétanos sont nettement tracés par Hippocrate (1); et dans les siècles suivants, un nombre immense d'auteurs se sont occupés de cette maladie. Il serait beaucoup trop long d'énumérer même les principaux travaux sur ce sujet intéressant qui a fixé l'attention des chirurgiens plus encore que des médecins, parce que c'est surtout à la suite des blessures et des opérations chirurgicales que se produit le tétanos. Je ne donnerai donc ici aucune citation, d'autant plus que, dans le cours de cet article, j'aurai à indiquer les divers ouvrages dans lesquels se trouvent les principaux documents.

On a proposé plusieurs divisions pour l'étude de cette affection, mais il n'en est aucune qui ait pour base des différences essentielles dans les symptômes ou les lésions que présente la maladie. On a dû naturellement et tout d'abord diviser le tétanos en *traumatique* et *non traumatique*, et cette division est celle qui a le plus d'importance. Cependant, en y regardant de près, on voit qu'il n'y a guère que la cause qui soit différente ; mais comme dans le tétanos traumatique, l'état et la nature de la blessure fournissent assez souvent des indications utiles pour le traitement, il faut reconnaître que cette considération étiologique a sa valeur, et que la division doit être maintenue. Je n'ai pas besoin de dire que mon intention est de ne m'occuper ici que du tétanos non traumatique; malheureusement la distinction que je signale, et qui est admise par tout le monde, est loin d'avoir été présente à l'esprit des auteurs quand ils ont tracé leur description, de sorte qu'il est souvent impossible de reconnaître ce qui appartient à l'une et à l'autre des espèces dont il s'agit.

Vient ensuite une division établie sur l'étendue du siége occupé par le tétanos : de là le *tétanos universel* et le *tétanos partiel ;* mais ce sont des variétés symptomatiques qu'il suffira de signaler en parlant des symptômes, et alors je m'occuperai de l'*opisthotonos*, de l'*emprosthotonos*, etc.

On a encore divisé le tétanos en *continu*, en *continent* et en *rémittent*, mais ce sont là des nuances tirées de la plus ou moins grande uniformité du symptôme principal, la contraction convulsive, et ces nuances sont trop peu importantes pour qu'il soit nécessaire d'en tenir compte.

Enfin un très grand nombre d'auteurs ont décrit séparément le *tétanos des nouveau-nés*. Dans cet article, je décrirai d'abord le tétanos des adultes, puis je rechercherai si cette maladie présente quelque particularité importante dans les premiers jours de l'existence.

Je ne poserai pas ici la question de savoir si le tétanos est une affection qu'on doive rattacher à certaines lésions du système nerveux, ou si, avec Pinel et presque tous les auteurs contemporains, il faut ne voir en lui qu'une simple névrose. Je me

(1) *Œuvres complètes*, traduction par Littré (Paris, 1850, t. VII) : *Des maladies*, liv. III, chap. 12.

contenterai de dire que cette dernière manière de voir est celle que je partage, et j'attendrai, pour exposer les raisons qui m'y engagent, d'avoir à m'occuper des lésions anatomiques signalées par plusieurs observateurs.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La définition du tétanos est beaucoup plus difficile que la plupart des auteurs ne paraissent l'avoir pensé. On a dit généralement que cette affection est caractérisée par une convulsion tonique, une contraction permanente d'un plus ou moins grand nombre de muscles du corps, et par des douleurs plus ou moins violentes dans les parties convulsées. Mais si l'on se rappelle un très grand nombre de faits que j'ai signalés dans la description des maladies cérébrales, on remarquera que cette définition peut s'appliquer à un grand nombre de cas de contracture, de roideur, de rétraction qui se montrent dans le cours des diverses maladies des centres nerveux, et que par conséquent elle manque de précision. D'un autre côté, il me paraît bien difficile d'éviter ce défaut. Si l'on réfléchit, en effet, à la nature de la maladie dont nous nous occupons, on voit que les cas où il y a contraction involontaire et permanente des muscles offrent entre eux une ressemblance telle, que la ligne de démarcation devient souvent impossible. Ne serait-ce pas parce que le tétanos est, comme plusieurs autres états morbides, tantôt un simple symptôme, et tantôt une affection idiopathique essentielle, qui prend, dans ce dernier cas, sa place à part dans le cadre nosologique? Nous verrons plus tard que cette manière de voir peut servir à éclaircir les questions litigieuses qui se sont élevées au sujet de la nature du tétanos. Quant à présent, contentons-nous de signaler l'insuffisance de la définition admise, tout en regrettant que l'état actuel de la science ne nous permette pas de lui en substituer une plus complète et plus précise.

Cette affection n'a guère été décrite sous d'autres noms qui aient été assez généralement adoptés pour mériter qu'on les cite; je dirai seulement qu'elle a été désignée sous des dénominations qui indiquent ses variétés, comme *trismus*, *opisthotonos*, etc., par des auteurs qui ont observé des cas de forme particulière; mais, je le répète, il n'y a dans cette synonymie rien de véritablement intéressant pour les recherches historiques et bibliographiques.

On peut dire d'une manière générale que le tétanos est une maladie assez rare, même en tenant compte du tétanos traumatique. Nous verrons tout à l'heure que sa fréquence varie beaucoup suivant les climats.

§ II. — Causes.

Il serait bien intéressant d'avoir sur cette grave maladie des recherches étiologiques un peu précises; mais, sauf quelques renseignements fournis par les auteurs qui ont écrit sur les maladies des pays chauds, nous n'avons guère que des données résultant de faits isolés ou peu nombreux.

1° Causes prédisposantes.

Age. — Dans les climats froids et tempérés, le tétanos n'attaque guère que les adultes. Dans certains climats chauds, il est au contraire commun chez les très

jeunes enfants, sans pour cela devenir rare chez les adultes, car c'est précisément dans ces climats que les blessures donnent le plus souvent lieu à ce redoutable accident.

Sexe. — Suivant Rochoux, les sujets du sexe féminin présenteraient le tétanos plus fréquemment que les sujets du sexe masculin ; mais il faut croire que cet auteur a observé dans des circonstances particulières, car c'est le contraire qui a lieu, et il est le seul qui ait avancé une pareille proposition.

M. le docteur Pitre-Aubinais (1) a vu le tétanos se produire *chez les femmes en couches au plus fort de la fièvre de lait* ; il a donné à cette espèce le nom de *tétanos puerpéral*.

Localités. — Suivant Samuel Cooper, cette maladie se montre de préférence dans les contrées basses et marécageuses. Il est certain qu'il en est ainsi dans les climats chauds.

Climats, saisons. — Il résulte de tous les faits recueillis par les divers auteurs que le tétanos se produit beaucoup plus fréquemment dans les climats chauds, et surtout dans ceux qui sont remarquables par les grandes variations de température : aussi cette maladie se montre-t-elle de préférence dans certains moments de l'été, où à des journées de chaleur excessive succèdent des nuits fraîches.

On a remarqué, principalement dans les cas de tétanos traumatique, que les sujets d'une forte *constitution* y étaient plus exposés que les individus faibles et débiles.

2° Causes occasionnelles.

Je ne passerai pas en revue les diverses causes du *tétanos traumatique*, telles que la piqûre, la déchirure des nerfs, etc. ; ce sont des détails qu'il faut chercher dans les livres de chirurgie.

Je dirai seulement que l'application d'un caustique de Vienne a été suivie, dans un cas signalé par M. Papillaud (2), d'un tétanos mortel. Dans le cas cité par ce médecin, il y avait quatorze à seize eschares d'une dimension d'une pièce de 5 francs à une pièce de 2 francs dans une étendue de 30 à 40 centimètres carrés.

Parmi les causes exceptionnelles du tétanos idiopathique, on a cité en première ligne l'*impression du froid*. Dans les faits qu'on a rapportés en faveur de cette opinion, on voit que tantôt les sujets ont été exposés à un froid prolongé ; que tantôt ils ont été mouillés et ont conservé sur eux leurs vêtements humides, et que d'autres fois ils ont été soumis à un froid vif, le corps étant en sueur. Quelle est l'influence proportionnelle de ces diverses applications du froid ? C'est ce qu'il n'est pas possible de dire. Ce que l'on peut affirmer, c'est que dans un assez bon nombre d'observations, même de tétanos traumatique, la maladie s'est produite assez peu de temps après cette exposition au froid, pour qu'on ait été autorisé, surtout en l'absence de toute autre cause évidente, à rapporter son apparition à cette influence.

Il y a lieu de penser que le tétanos survient également sous l'influence d'un état rhumatismal, et ce que l'on a dit dans ces derniers temps de la méningite cérébrale rhumatismale peut s'appliquer également à certains cas de tétanos. On a remarqué

(1) *Journal de la Soc. de méd. de la Loire-Inférieure.*
(2) *Journ. des connaiss. médico-chirurg.*, 15 février 1852.

que les professions qui exposent le plus à cette maladie sont celles où les douleurs rhumatismales dans les jointures ou dans les muscles sont le plus fréquentes.

Il résulte des recherches de Trnka (1), que des *substances alimentaires indigestes*, l'*indigestion*, l'*excès des boissons alcooliques*, ont été, dans plusieurs cas, les seules causes auxquelles on ait pu rapporter l'apparition de la maladie. Quel est le degré d'influence de ces causes ? C'est ce qui reste encore à déterminer d'une manière précise.

Viennent maintenant des causes qu'il suffit d'énumérer, parce que nous n'avons sur elles que les renseignements les plus vagues. Ce sont les *impressions morales vives*, les *excès vénériens*, les *vers intestinaux*, les *flux considérables*, leur *suppression* quand ils sont habituels, la *répercussion des exanthèmes*, de la *goutte*, etc. Tous les auteurs modernes sont d'accord sur le peu de fondement de toutes ces causes qu'on retrouve dans presque toutes les maladies. Le docteur Cejerchsjoeld, cité par les auteurs du *Compendium*, a rapporté des faits dans le but de prouver que le tétanos peut régner d'une manière *épidémique ;* mais ces auteurs ont fait ressortir tous les doutes qui existent sur la réalité du fait.

Plusieurs médecins ont vu la cause occasionnelle du *tétanos des enfants nouveau-nés* dans l'inflammation qui se manifeste souvent à un degré assez marqué à l'ombilic, par suite de la séparation du cordon ombilical. M. Thore, dans un mémoire intéressant que j'aurai à citer de nouveau plus loin, a objecté que cette inflammation est fréquente, tandis que le tétanos est rare, au moins dans nos climats, et qu'en outre on voit fréquemment le tétanos précéder cette inflammation. Ces objections ont d'autant plus de valeur que l'on n'a pas cité, en faveur de l'opinion qu'elles combattent, de faits véritablement convaincants.

§ III. — Symptômes.

Tétanos chez l'adulte. — *Début.* — Il résulte des faits publiés, que le tétanos spontané, idiopathique, dont nous nous occupons spécialement ici, se déclare ordinairement sans prodromes et brusquement. Cependant, en parcourant un certain nombre d'observations, on ne peut s'empêcher d'avoir certains doutes à cet égard, parce que les médecins appelés au moment où les symptômes tétaniques s'étaient déclarés ont souvent négligé de rechercher avec soin ce qui s'était passé auparavant. Quoi qu'il en soit, il n'est pas douteux que, dans un nombre de cas qui ne laisse pas d'être assez considérable, le tétanos s'annonce par des frissons, par de la courbature, de l'abattement et d'autres fois par de l'insomnie et des vertiges. On ne parviendra, au reste, à savoir quelque chose de positif sur ce point, que lorsqu'on l'étudiera, en ayant soin d'examiner séparément les faits qui ont des caractères particuliers.

Quelques auteurs ont rangé parmi les prodromes la roideur qui se manifeste dans le cou, le sentiment de constriction de la gorge, etc. ; mais il est évident que ce sont là les symptômes mêmes de la maladie à son début.

Symptômes.— Ainsi que je viens de le dire, le tétanos commence ordinairement par une sensation de roideur dans le cou et dans les muscles des mâchoires. Sou-

(1) *Comment. de tetano*. Vindobonæ, 1777.

vent il y a constriction épigastrique et tension le long de la colonne vertébrale; puis la déglutition devient difficile, et bientôt la contraction involontaire envahissant le tronc, puis les membres, la maladie est confirmée. On doit, avec A. Bérard et M. Denonvilliers (1), regarder comme exceptionnels les cas dans lesquels la maladie débute autrement. Examinons maintenant les symptômes suivant les différentes espèces de tétanos.

Tétanos général. — Trnka a décrit avec soin cette espèce, qui n'est pas la plus fréquente. Tous les muscles du corps étant contractés convulsivement, et les muscles extenseurs faisant antagonisme aux muscles fléchisseurs, il en résulte que le tronc et les membres sont directement tendus, ce qui a fait donner à cette espèce le nom de *tétanos droit*. Pour donner une idée de l'état dans lequel se trouve le malade, Trnka le compare à une statue, et dit qu'on pourrait le soulever tout d'une pièce en le saisissant par les pieds. Les muscles de la mâchoire participant à cette *rigidité*, il en résulte que les dents sont fortement serrées, et qu'il est impossible de les écarter. Il est même arrivé quelquefois que la langue, se trouvant poussée hors des arcades dentaires par un mouvement involontaire, a été coupée par les dents convulsivement rapprochées. Dans des cas beaucoup moins fréquents, on voit les mâchoires violemment écartées, sans qu'on puisse les rapprocher.

La *contraction du pharynx* est souvent telle, que, lors même qu'on a pu faire pénétrer des boissons dans l'arrière-gorge, il arrive quelquefois qu'elles ne peuvent pas être ingérées, la déglutition étant devenue impossible. C'est par la base de la langue que commence cette constriction. On a remarqué néanmoins que cet organe peut ordinairement se mouvoir après que les autres muscles sont contracturés.

La convulsion gagnant la poitrine et l'abdomen, on observe une immobilité plus ou moins complète des parois de ces cavités, et la rétraction de la dernière. Cependant, il faut dire qu'il est bien rare que les muscles inspirateurs soient complétement convulsés et immobiles. Enfin les membres, participant à la rigidité générale, sont dans l'extension, et les efforts faits pour les fléchir restent sans succès. Sprengel a avancé que la contraction morbide respectait les doigts; mais ce n'est pas ce qu'ont noté les autres observateurs, et en particulier M. Grisolle (2).

Une *douleur* plus ou moins vive accompagne cet état convulsif. Quelques sujets se plaignent à peine de leurs souffrances, qui sont légères; mais la plupart éprouvent des exaspérations douloureuses qui sont souvent insupportables. Ces douleurs consistent dans des élancements, des déchirements qui parcourent les membres et le tronc, et il n'est pas rare d'observer des *crampes* très douloureuses. Dans un petit nombre de cas seulement, la douleur est permanente.

La contracture, qui est le caractère essentiel de la maladie, est continue. A quelque moment qu'on examine le malade, on voit que les muscles présentent une rigidité évidente; mais, par moments, on les voit agités de *secousses convulsives*, et c'est surtout alors que les douleurs dont je viens de parler se font sentir. Ces convulsions rapides, subites et douloureuses, surviennent très souvent sans que rien les provoque; mais on a noté aussi qu'elles se reproduisent particulièrement

(1) *Compendium de chirurgie*, article *Tétanos*.
(2) *Traité élémentaire de pathologie*, article *Tétanos*, t. II.

lorsque le malade éprouve une contrariété, une émotion, ou lorsqu'il veut faire un mouvement.

Du côté des *voies digestives*, on observe ce qui suit : La *soif* n'est augmentée que lorsque la contraction des muscles du pharynx et de l'œsophage empêche la déglutition; alors elle devient intense. L'*appétit* n'est pas naturellement perdu; aussi, lorsque la déglutition est impossible, la faim vient-elle se joindre à la soif pour tourmenter le malade. Si l'on veut insister et chercher à introduire des boissons ou des aliments, la *suffocation* devient imminente. Dans les mêmes circonstances, on voit la *salive* s'accumuler dans la bouche, ne pouvant franchir le pharynx, puis couler en bavant entre les lèvres. Cette salive est épaisse, souvent écumeuse, et parfois sanglante.

On a signalé comme un symptôme appartenant au tétanos des *vomissements* dans les premiers temps de la maladie. Sans prétendre que ce soit une erreur, on peut penser que, dans la plupart des cas où il en a été ainsi, il s'agissait d'un tétanos symptomatique d'une affection des centres nerveux.

Il y a presque toujours une *constipation* opiniâtre, ce qui tient à la contraction spasmodique des sphincters. Dans quelques cas peu fréquents, au contraire, on a noté des *selles involontaires*.

Du côté de la *vessie*, on observe des symptômes semblables à ceux de l'intestin, c'est-à-dire que le plus souvent il y a soit excrétion difficile et douloureuse de l'urine, soit rétention de ce liquide, et que, dans quelques autres, on a vu l'urine s'écouler involontairement.

La *respiration* est ordinairement gênée. Quelquefois elle est suspirieuse, ronflante, et lorsque les muscles inspirateurs sont envahis, ce qui n'a lieu que dans les cas extrêmes, l'asphyxie devient de jour en jour imminente. Cette gêne de la respiration ne se fait principalement remarquer que pendant les paroxysmes, pendant ces secousses convulsives que j'ai indiquées plus haut.

La *voix* est ordinairement naturelle. Lorsque la base de la langue et le pharynx sont convulsés, elle est pénible et sourde, et, comme les contractions les plus fortes ont lieu par secousses, la parole est presque toujours entrecoupée. Lorsque ces symptômes sont parvenus à un très haut degré, les malades ne peuvent plus faire entendre que des sons inarticulés.

La *circulation* ne présente ordinairement rien de remarquable, si ce n'est que le *pouls* est un peu ralenti. Lorsque la respiration est très embarrassée et précipitée, le pouls devient petit et fréquent. On a néanmoins cité des cas de tétanos fébrile, et j'en ai vu un exemple manifeste, bien que l'autopsie ait permis de constater l'intégrité de tous les organes; mais ces cas sont rares.

Vers les derniers temps de la maladie, on voit la *peau*, qui jusqu'alors avait conservé ses caractères normaux, se couvrir d'une sueur froide et visqueuse. Mais il faut encore signaler ici des cas dans lesquels les *sueurs* se montrent dans le tétanos en même temps qu'une certaine élévation de la température.

On a cité quelques cas dans lesquels on a remarqué des symptômes d'*hydrophobie*; mais ces cas sont rares, et les renseignements nous manquent pour en apprécier la nature.

Lorsque le tétanos est idiopathique, essentiel, c'est-à-dire dans les cas dont nous nous occupons spécialement ici, l'*intelligence* reste intacte au milieu de ces

symptômes si graves, et c'est ce qui rend la position des malades plus cruelle encore. Les auteurs, et en particulier Trnka, ont néanmoins cité des cas dans lesquels il y avait un délire tantôt tranquille, tantôt bruyant et furieux; mais il est douteux que ces cas se rapportent au tétanos idiopathique, et l'on s'accorde généralement à attribuer ce symptôme à une complication, lorsqu'il survient dans de semblables conditions.

Il est remarquable que, dans un bon nombre de cas, la nuit apporte une amélioration plus ou moins sensible à ces accidents. Il n'est pas rare, en effet, de voir des malades avec un *sommeil* tranquille la nuit, bien que la maladie ne présente aucun amendement réel. D'autres ont des exacerbations la nuit aussi bien que le jour.

On voit que, dans toute cette description, nous avons été obligé d'admettre sans cesse des exceptions, et qu'il n'est aucun symptôme, sauf les convulsions, qui se retrouve dans tous les cas cités. En serait-il de même si, comme je le disais plus haut, on établissait des catégories bien distinctes? si l'on étudiait séparément les cas où la maladie a existé sans lésion évidente, ceux où l'on a trouvé des lésions des centres nerveux, etc.? Il est permis d'en douter.

Disons maintenant un mot des diverses espèces de tétanos.

1° *Trismus.*—Cet état de contraction et de rigidité que nous avons vu se montrer du côté des muscles élévateurs de la mâchoire inférieure peut exister seul. Il a reçu les noms de *trismus* ou de *tétanos maxillaire.* Les mâchoires sont tellement serrées, dans la plupart des cas, qu'on ne peut les écarter, et que, pour faire boire le malade, il faut profiter de l'intervallé laissé par une dent arrachée afin d'introduire un tube fin pour faire aspirer le liquide. On a, dans quelques cas, cassé une ou plusieurs dents. Le trismus se montre presque toujours dans les autres espèces que je vais mentionner.

2° *Tétanos facial.* — Dans les cas de trismus, la convulsion peut gagner les muscles de la face et des yeux. La physionomie est alors fortement contractée, les yeux sont hagards et l'aspect du malade a quelque chose d'effrayant.

3° *Tétanos cervical.*— Il est au moins fort rare que la convulsion soit bornée aux muscles du cou dans les cas de tétanos essentiel. On a cité des exemples de ce genre parmi les cas de méningite rachidienne bornée à la partie supérieure. Il me suffit de rappeler que, dans cette variété, la tête est fortement portée en arrière, qu'elle ne peut être fléchie, et que les muscles de la partie postérieure du cou sont rigides. C'est un opisthotonos partiel.

4° *Opisthotonos.* — Cette espèce, qui est de beaucoup la plus fréquente, résulte principalement de la convulsion des muscles de la partie postérieure du tronc. A son plus haut degré, elle se montre avec les caractères suivants : le tronc forme un arc dont la convexité est antérieure, les membres sont dans une extension forcée, ainsi que la tête, de telle sorte que le malade ne repose que sur cette partie et sur les talons. A un degré moindre, il y a seulement courbure du tronc en arrière.

5° *Emprosthotonos.* — L'emprosthotonos est l'espèce opposée à la précédente, c'est-à-dire que les convulsions occupent les muscles antérieurs du corps. La courbure est antérieure et peut être portée assez loin (Arétée) pour que les genoux viennent toucher le menton.

6° *Pleurosthotonos.*— Enfin la contraction des muscles d'un des côtés du tronc et

du cou donne lieu à une courbure latérale, de sorte que l'épaule vient toucher la tête, et la hanche se relève vers le côté du thorax correspondant. Cette espèce est la plus rare.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

En exposant les principaux symptômes dans leur ordre d'apparition, j'ai indiqué la *marche* de la maladie. On peut dire, en général, qu'elle est continue, bien qu'il existe des *paroxysmes* assez marqués dont j'ai maintes fois parlé plus haut. Quelques auteurs ont signalé non-seulement un *tétanos rémittent*, mais encore un *tétanos intermittent*. Dans la première de ces deux formes, on observe des intervalles de calme plus grands que dans les cas ordinaires. Quant à la seconde, son existence est loin d'être prouvée. Nous avons vu, dans un des articles précédents, que la maladie désignée par Dance sous le nom de fièvre intermittente tétanique n'est autre chose que la contracture idiopathique (1). Quant aux faits cités par Fournier-Pescay (2), l'exactitude du diagnostic est généralement révoquée en doute.

La *durée* de la maladie est assez variable. Cependant il résulte de l'examen des faits que, dans la très grande majorité des cas, l'affection, lorsqu'elle se termine par la mort, n'a pas une durée de plus de dix jours. Ceux dans lesquels cette durée est de plus de vingt jours sont tout à fait exceptionnels. Il est plus fréquent, au contraire, de voir des cas dans lesquels la mort survient en très peu de temps (vingt-quatre et trente-six heures). Nous n'avons pas de relevés de faits qui nous apprennent d'une manière bien exacte quel est le plus promptement mortel du tétanos traumatique ou du tétanos spontané.

Le tétanos se *termine* par la mort dans la grande majorité des cas. Le docteur Blizard Curling a sur 246 cas trouvé 236 fois la terminaison par la mort. Il est vrai qu'il s'agit du tétanos traumatique. Suivant la plupart des auteurs, le tétanos spontané est moins meurtrier; mais les incertitudes du diagnostic porté dans un certain nombre de cas ne nous permettent pas de regarder cette assertion comme parfaitement démontrée. Les malades succombent presque toujours aux suites de cette asphyxie lente dont nous avons indiqué plus haut les principaux symptômes.

§ V. — Lésions anatomiques.

Il est important de dire quelques mots des lésions anatomiques signalées par les auteurs. Les uns, ayant été frappés de l'existence, dans la méningite cérébro-spinale, des convulsions tétaniques que nous avons décrites en parlant de cette maladie, ont regardé l'inflammation des membranes de la moelle comme la lésion anatomique propre à cette affection. D'autres ont considéré le tétanos comme un symptôme du ramollissement de la moelle, et surtout des faisceaux antérieurs qui président au mouvement, parce que, dans quelques cas, ils ont trouvé ce ramollissement. D'autres encore ont attribué la maladie à une névrilémite, à une arachnitis. La fréquence de la méningite rachidienne est prouvée par un grand nombre d'au-

(1) Voy. l'article consacré à cette affection.
(2) *Dictionnaire des sciences médicales*, art. TÉTANOS.

topsies dans lesquelles on a rencontré soit une congestion vive avec épanchement de sérosité, soit du pus déposé en petites masses sous l'arachnoïde. On sait du reste combien les symptômes de la méningite cérébro-spinale se rapprochent de ceux du tétanos.

Je ne parle pas ici des inflammations du tube digestif ou d'autres organes; il est, en effet, trop évident que, dans les cas où l'on peut leur attribuer un certain degré d'influence sur la production de la maladie, elles ne jouent d'autre rôle que celui d'une cause déterminante, et ont même une influence moins grande que les blessures que nous avons citées en première ligne dans le paragraphe consacré à l'étiologie. J'ajouterai seulement que, dans quelques cas, on a noté la rougeur des ganglions semi-lunaires.

Mais si nous ne manquons pas de faits dans lesquels des lésions anatomiques évidentes ont été rencontrées à l'autopsie, il faut remarquer d'abord que ces lésions sont très diverses et n'ont pas ce caractère d'uniformité qu'on remarque dans les lésions anatomiques essentielles des autres affections, et, en second lieu, qu'on a cité un nombre de cas plus considérable encore dans lesquels l'inspection anatomique n'a rien fait découvrir.

La conclusion que nous devons en tirer, c'est que le tétanos, qui, dans un grand nombre de cas, doit se ranger parmi les affections nerveuses essentielles, n'est, dans d'autres, qu'un symptôme de maladies diverses, et principalement des affections de la moelle. C'est ce que nous retrouvons, du reste, dans beaucoup d'autres maladies.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Tout le monde convient que le diagnostic du tétanos n'offre pas de difficultés sérieuses. La forme tonique des convulsions le fait distinguer de l'*éclampsie* et de l'*hystérie*. L'*épilepsie* en diffère essentiellement par l'intermittence des attaques et surtout par la perte complète de connaissance. Quant à la distinction du tétanos essentiel et du tétanos symptomatique, elle est rendue facile par la connaissance des symptômes des maladies cérébro-spinales décrites dans les articles précédents (1). Je n'insiste donc pas sur ce point.

Pronostic. — Le pronostic est très grave. Nous avons vu, à propos de la terminaison, qu'on regarde le tétanos spontané, et par conséquent celui dont nous nous occupons spécialement ici, comme moins grave que le tétanos traumatique; mais il n'en résulte pas moins des faits connus que cette affection, quelle que soit son origine, cause très fréquemment la mort. La mort par asphyxie étant la terminaison la plus fréquente de cette affection, il n'est pas besoin de dire que c'est un signe très fâcheux lorsque la respiration devient très embarrassée.

§ VII. — Traitement.

On a proposé un grand nombre de médications contre le tétanos. Nous allons passer en revue les plus importantes, en tenant compte principalement de celles qu'on a employées dans les cas de tétanos spontané, mais sans exclure celles qu'on

(1) Voy. *Méningite spinale*, *Myélite*, etc.

a dirigées contre le tétanos traumatique, parce que tout porte à croire qu'elles doivent avoir la même action dans l'une et l'autre espèce.

Émissions sanguines. — Les opinions sont très partagées au sujet des émissions sanguines. Toutefois il faut reconnaître que presque tous les auteurs les recommandent, mais à des degrés si différents, qu'il y a presque opposition dans leurs opinions à ce sujet. Ainsi tandis que les uns veulent, avec Boyer, qu'on se contente de pratiquer une ou deux saignées chez les sujets forts et vigoureux, d'autres, avec Lisfranc et M. Lepelletier de la Sarthe, recommandent de faire des saignées d'une abondance extrême. Le dernier a pratiqué en deux jours et demi jusqu'à cinq saignées d'un kilogramme chacune, et Lisfranc a, en dix-neuf jours, fait dix-neuf saignées et prescrit 750 sangsues. Les sujets chez lesquels on a enlevé une si énorme quantité de sang ont guéri. Est-ce une raison pour regarder les émissions sanguines, et en particulier les émissions sanguines abondantes, comme très utiles dans le tétanos ? On peut en douter. Combien de cas dans lesquels ces moyens sont restés sans effet ! Quelques exemples de guérison ne suffisent pas pour établir solidement la valeur d'un moyen thérapeutique. Quoi qu'il en soit, constatons qu'on a principalement recours à la *saignée générale* et à l'application des *sangsues* le long du rachis.

Narcotiques. — Parmi les narcotiques, il n'en est aucun qui ait été aussi généralement administré que l'*opium*, ou plutôt l'opium est presque le seul narcotique qui ait été prescrit. C'est toujours à haute dose qu'on a donné ce médicament. Je n'en finirais pas si je voulais énumérer les doses énormes qui ont été ordonnées par les divers médecins. Disons seulement que Monro a vu administrer jusqu'à 6 grammes d'opium en un jour ; que le docteur Littleton (1) a guéri deux enfants de dix ans en prescrivant à l'un 30 grammes de *laudanum* liquide en un jour, et à l'autre 50 grammes d'*extrait d'opium* en douze heures. Il suffit de ces exemples. Ce qu'il y a de remarquable dans la plupart des cas cités, c'est que, malgré ces doses si considérables, on n'a pas observé de narcotisme marqué ; mais, suivant le docteur Blizard Curling, ce n'est pas là une condition favorable. Cet au teur a remarqué, en effet, que lorsque l'opium a une utilité réelle, il produit un certain degré de narcotisme à peu près comme dans les autres affections.

L'administration de l'opium doit se faire par la bouche et par le rectum, et, d'après ce qui précède, on ne doit pas craindre d'en administrer tout d'abord une dose considérable (5 à 10 centigrammes toutes les deux heures ou même toutes les heures, si les accidents sont très graves), et d'augmenter rapidement cette quantité. C'est au médecin à surveiller l'emploi de ce médicament.

L'opium a été uni à d'autres substances. Ainsi le docteur Baldwin (2) veut qu'on l'associe au vin ammoniacal et qu'on l'administre en même temps que l'huile de térébenthine ; mais rien ne prouve que cette association soit réellement utile. Dans un cas où cette affection était due à une cause traumatique, M. le docteur Herpin (3) associa l'opium au *sulfate de quinine*. Ce dernier médicament, donné d'a-

(1) Voy. Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*, 3ᵉ édit. Paris, 1847.

(2) *The American Journal*, 1832.

(3) *Gazette des hôpitaux*, septembre 1852, et *Bulletin général de thérapeutique*, 30 octobre 1852.

bord à la dose d'un gramme, fut ensuite donné chaque jour à celle de 0,60 grammes. Le malade guérit.

Le *tabac* donné en lavement sous forme de décoction ou de vapeurs a été également préconisé. M. Lavenne (1) est un de ceux qui en ont le plus vanté les heureux effets. La décoction doit être assez forte. On prescrira :

℞ Feuilles sèches de tabac.................. 30 gram.

Faites bouillir pendant dix minutes dans :

Eau commune...... .... 400 gram.

Pour un lavement.

Lembert (2) rapporte deux cas de guérison par l'*acétate de morphine* administré par la méthode endermique. La dose de ce médicament doit être élevée comme celle de l'opium. Dans un cas de tétanos traumatique après une amputation, M. Thomassin (3) a employé en quinze jours jusqu'à 3 grammes et demi d'acétate de morphine tant sur la plaie du moignon que sur des vésicatoires. Tout porte à croire, d'après ce que nous savons de l'administration de l'opium à l'intérieur, que cette dose peut être dépassée sans inconvénient. L'administration d'une forte dose se fait avec facilité en multipliant les vésicatoires.

Belladone. — M. Lenoir (4) a obtenu plusieurs fois la guérison du tétanos traumatique à l'aide de la *belladone* et des *bains de vapeur*. Ce traitement peut être facilement appliqué au tétanos non traumatique.

Antispasmodiques. — Les antispasmodiques n'ont pu être oubliés dans une affection de cette nature. Voici une formule recommandée par Fournier :

℞ Camphre............ } ãã 4 gram. | Sucre.................. 4 gram.
Musc............... }

Triturez ensemble dans un mortier de verre, et ajoutez peu à peu :

Infusion d'arnica......... 120 gram. | Eau de Luce................ 8 gram.

A prendre par cuillerée d'heure en heure.

Je pourrais encore citer l'*asa fœtida*, le *castoréum*, etc. ; mais il n'y aurait pas d'utilité réelle.

Inhalations de chloroforme. — Bien que le *chloroforme* soit resté impuissant dans beaucoup de cas où il a été employé, c'est un moyen qu'il ne faut pas négliger, car dans d'autres il a eu une utilité incontestable. Je citerai ceux qui ont été observés par MM. Forget et Hergott (5), et qui nous font voir une amélioration constante à chaque inhalation, suivie au bout de quelque temps d'une guérison complète. En outre, M. le docteur Bargigly (6) cite un cas de tétanos traumatique très violent qui céda à des inhalations continuées de temps en temps de manière à rendre l'anes-

(1) *Journal de méd. et de chirur. prat.*, 1837.
(2) *Archives générales de médecine.* Paris, 1828, t. XVII, p. 440.
(3) *Essai sur le tétanos traumatique*, thèse. Paris.
(4) *Union médicale*, 8 novembre 1849.
(5) *Bulletin génér. de thérap.*, février 1849.
(6) *Union médicale*, septembre 1852.

thésie constante pendant une heure ; et dans un autre cas rapporté par M. Baudon fils (1), l'effet curatif fut plus rapide; mais depuis quelques jours le malade avait pris de fortes doses d'opium et surtout de belladone.

M. Morisseau (2), au lieu d'employer ce médicament en inhalations, l'employa *en frictions* dans un cas qui se termina par la guérison. Elles étaient faites trois fois par jour avec 20 grammes de chloroforme.

Tartre stibié à haute dose.— On trouve dans les recueils de médecine quelques faits de guérison du tétanos par l'émétique à haute dose. Laënnec, qui a appliqué cette médication à un certain nombre de maladies, a cité deux cas où un tétanos spontané s'est terminé heureusement après l'usage de la potion stibiée qu'il employait dans la pneumonie (3). Un des plus remarquables parmi ces faits rapportés en faveur du tartre stibié, est celui qu'a publié le docteur Ogden (4). Après avoir administré, sans amendement dans les symptômes, 500 gouttes de teinture et 40 centigrammes d'extrait d'opium en vingt-quatre heures, ce médecin eut recours au tartre stibié administré ainsi qu'il suit :

℞ Émétique............	0,15 gram.	Eau sucrée ou solution de sirop
Teinture d'opium.....	50 gouttes.	de gomme.............. 1/2 verre.

Prendre cette dose toutes les deux heures.

Bientôt l'amélioration devint évidente, et des évacuations alvines abondantes ayant été provoquées par l'administration de *quatre gouttes d'huile de croton tiglium*, le malade se rétablit promptement.

Voilà encore des faits que nous devons consigner, parce que, dans une affection aussi redoutable, il faut tenir grand compte de tout ce qui a été tenté; mais, on le voit, ils sont bien peu nombreux.

Mercuriaux. — Les préparations mercurielles ont été administrées tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Trnka accordait au mercure plus d'efficacité qu'à l'opium lui-même. Young conseillait de donner le *deutochlorure de mercure* à une dose aussi élevée que l'estomac peut le supporter, et il a cité, en faveur de ce traitement, l'exemple d'un enfant de douze ans chez lequel les convulsions tétaniques cessèrent aussitôt que se montra la salivation. Les *frictions mercurielles* ont été plus fréquemment employées; elles ont été notamment mises en usage par M' Gregor (5) et par M. Forget (6). Ce dernier, après avoir mis inutilement en usage plusieurs des moyens précédents, eut recours à des frictions dans lesquelles on employait 30 grammes d'onguent mercuriel par jour, et le malade se rétablit.

Le *calomel* a été vanté par une multitude d'auteurs, parmi lesquels je signalerai Trnka, Monro, Stark, Pitschaft, Hildenbrand et Wendt (7). Ce dernier dit avoir employé ce médicament avec un succès constant.

(1) *Bulletin génér. de thérap.*, 15 août 1851.
(2) *Ibid.*, 15 juillet 1851.
(3) Voy. l'article consacré à cette affection.
(4) *The London med. and surg. Journal*, 1836.
(5) *The Edinburgh med. and surg. Journal*, 1805.
(6) *Bulletin génér. de thérap.*, octobre 1836.
(7) Voy. *Journal compl. des sciences méd.*, t. XXIX.

Nous n'avons pas de renseignements suffisants pour juger d'une manière définitive la valeur des préparations mercurielles dans le traitement du tétanos ; mais nous pouvons citer des relevés statistiques de M. Blizard Curling qui sont de nature à inspirer beaucoup de doutes sur leur efficacité. Cet auteur a trouvé que, dans 31 cas où la maladie se termina par la mort, le mercure avait été administré seul onze fois, tandis que, dans 24 cas de guérison, deux fois seulement on s'était borné à faire exclusivement usage de cet agent thérapeutique.

Sudorifiques. — Les sudorifiques sont recommandés particulièrement dans les cas de tétanos spontané et lorsqu'on a quelque raison de penser que la maladie est due à la suppression de la transpiration. Trnka, les docteurs Fournier-Pescay et Fritz ont cité des exemples de guérison par ce moyen. On prescrit, dans le but d'exciter la sueur, les *boissons chaudes et abondantes*, l'infusion de bourrache, de sureau, le *carbonate d'ammoniaque*, etc. A. Bérard et M. Denonvilliers recommandent particulièrement les *bains de vapeur*, en faveur desquels MM. Campaignac (1) et Pétrequin (2) ont rapporté des exemples de guérison. Observons encore que ces exemples sont très peu nombreux et qu'on a employé l'opium concurremment avec les bains de vapeur.

Alcalins. — Le docteur Stütz (3) a recommandé vivement un traitement particulier qui a été mis en usage en Allemagne par plusieurs praticiens. Voici en quoi consiste ce traitement :

1° Tous les jours un bain avec la *lessive de cendres ordinaires*, à laquelle on ajoute :

Potasse caustique.................. de 30 à 60 gram.

2° Donner au malade la potion suivante :

℞ Eau distillée............	150 gram.	Sirop de sucre............	35 gram.
Carbonate de potasse.....	8 gram.		

Mêlez. A prendre en six fois dans la journée, à des intervalles égaux.

Le jour suivant, on met dans la potion 12 grammes de carbonate de potasse, et l'on peut élever la dose jusqu'à 16 grammes.

3° On administre concurremment l'*opium à haute dose*, en faisant alterner cette administration avec celle de la potion alcaline.

On voit que ce traitement n'est pas simple. On y trouve un médicament dont l'efficacité est généralement admise : l'opium à haute dose ; comment dès lors savoir quelle est la part réelle des alcalins, dans les cas où on l'a employé ? Les faits de guérison qu'on a cités en faveur de cette médication ne sont pas de nature à dissiper les doutes qu'on doit nécessairement concevoir à ce sujet.

Révulsifs. — Un bon nombre d'auteurs, et en particulier ceux qui attribuent le tétanos à une affection de la moelle épinière, ont vivement conseillé les topiques irritants le long de la colonne vertébrale. Ainsi les *vésicatoires*, les *frictions irritantes*, le *cautère objectif*. Ce dernier moyen a été mis en usage par le docteur Pochen. Ce

(1) *Journal hebdom. de méd.* Paris, 1829, t. V, p. 47.
Bulletin génér. de thérap., 1836.
Hufeland's Journal, 1810.

médecin promenait, à une petite distance de la colonne vertébrale, depuis l'occiput jusqu'au sacrum, un *fer chaud*, et répétait cette manœuvre d'abord tous les quarts d'heure, puis à des intervalles plus grands.

Bains froids, affusions froides. — On a recommandé les bains froids dès une haute antiquité. Les médecins qui les ont mis en usage sont nombreux, et c'est presque exclusivement dans le tétanos spontané qu'on les a conseillés. Je citerai principalement ici Wright, qui, pratiquant dans les Indes, a vu employer fréquemment ce moyen, que nous retrouvons dans presque toutes les affections nerveuses. Pour les bains froids et les affusions, on donne la préférence à l'eau de mer, quand la chose est possible. Après avoir plongé le malade dans l'eau, ou lui avoir jeté plusieurs seaux d'eau sur le corps, on doit l'essuyer promptement et le remettre dans un lit chaud, en ayant soin néanmoins qu'il soit modérément couvert. La même manœuvre doit être répétée au bout de trois ou quatre heures, jusqu'à ce que l'amendement des symptômes devienne notable. Ce qui vient jeter des doutes sur l'efficacité de ce traitement comme sur les précédents, c'est que, dans les cas où on l'a employé, on a eu presque toujours recours à de fortes doses d'opium qui ont bien pu par elles-mêmes procurer l'amélioration ou la guérison qu'on a attribuée à l'action de l'eau froide sur le corps.

Moyens divers.—Je viens de passer en revue les principales médications proposées contre le tétanos. Il serait beaucoup trop long d'insister sur les autres moyens mis en usage par les nombreux auteurs qui se sont occupés de cette maladie. L'indication suivante suffit : On a eu recours à l'*acupuncture* (Delsignore), à l'*électricité* (Trnka, etc.), aux *toniques*, aux *ferrugineux*, à l'administration de l'*ammoniaque* (Fournier-Pescay), de la *teinture de cantharides* (Gilmore), de l'*arsenic* (Hull), de l'*huile de térébenthine* (Hutchinson, etc.), du baume du Pérou (Kolloch), des *purgatifs drastiques* (Wright, Boyer, Lawrence, etc., etc.), de l'*acide prussique*, du *zinc*, etc. Il est évident que nous ne pouvons avoir que des données bien incertaines sur cette multitude de remèdes. M. Bishop (1) a rapporté un cas dans lequel le *sulfate de quinine*, administré à la dose de 75 centigrammes par jour, fit disparaître les symptômes d'un tétanos traumatique intense.

On trouve dans les journaux allemands et anglais un assez bon nombre de cas de tétanos traumatique guéris par le *haschisch*.

Régime. — Le tétanos essentiel n'étant pas une maladie ordinairement fébrile, on n'a généralement pas conseillé un *régime très sévère*. C'est ainsi que, même alors que les symptômes convulsifs sont portés au plus haut degré, on accorde au malade des bouillons et même d'autres aliments liquides; cependant, dans la grande majorité des cas, on ne commence à nourrir le malade que lorsqu'il manifeste lui-même le désir de prendre des aliments, et assez souvent, ainsi que nous l'avons vu plus haut, on a de la peine à y parvenir.

Résumé.— Il ressort de tout ce qui vient d'être dit que, pour nous fixer sur la valeur des divers traitements du tétanos, il nous faudrait des recherches faites sur une plus grande échelle. Ce ne sont, en effet, que des cas isolés de guérison, sans qu'on puisse suivre l'action des médicaments dans les divers cas qui se présentent à l'observation. Il faut faire néanmoins une exception en faveur du travail de M. Blizard

(1) *New-York Journ. of med.*, et *Bulletin général de thérap.*, novembre 1849.

Curling, qui a senti la nécessité d'analyser un nombre considérable de faits; c'est là un exemple qu'il est à désirer de voir suivre, car on comprend qu'il est nécessaire d'avoir des recherches multipliées quand il s'agit de résoudre des questions aussi difficiles. Une autre cause d'incertitude, c'est la négligence qu'on a mise à distinguer, dans l'appréciation des moyens thérapeutiques, les cas de nature différente, ou qui ont été produits par des causes diverses. On doit donc engager vivement ceux qui se livreront à de semblables recherches à ne jamais manquer d'examiner l'action des médicaments dans les diverses catégories de faits.

On sent bien qu'il n'y aurait aucune utilité à formuler en ordonnances un traitement qui se compose de tant de médications distinctes. Disons seulement que les cas les plus nombreux de guérison se sont montrés après l'administration de l'opium à haute dose, et que c'est par conséquent cette substance qu'on doit placer en première ligne dans la médication interne.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines; narcotiques; antispasmodiques; inhalations de chloroforme; tartre stibié à haute dose; mercuriaux; sudorifiques; alcalins; traitement de Stütz; révulsifs; bains froids, affusions froides; moyens divers; régime.

ARTICLE XIII.

RAGE.

On pense que la rage n'était pas inconnue aux Grecs; mais le fait n'est pas très certain. Depuis Cælius Aurelianus, il n'est pas de traité de pathologie qui n'ait un article consacré à cette maladie. Parmi les ouvrages les plus renommés dans les temps modernes, je dois citer ceux d'Énaux et Chaussier (1), et Trolliet (2).

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La *rage* est une affection générale produite par la communication d'un virus qui se développe chez certains animaux, et caractérisée par des symptômes nerveux spéciaux.

Cette affection a été décrite sous les noms d'*hydrophobie*, *hydrophobie rabique*, *tétanos rabien*, *rabies canina*, *lyssa canina*.

§ II. — Causes.

Une seule cause produit la rage : c'est l'*introduction du virus rabique dans l'économie*. Le virus rabique se développe chez les animaux des espèces *Canis* et *Felis*, tels que le chien, le loup, le renard, le chat; ces animaux peuvent transmettre la rage à tous les autres. Il n'est pas parfaitement démontré que ces derniers puissent la communiquer à l'homme; cependant les expériences de G. Breschet

(1) *Méthode de traiter les morsures des animaux et de la vipère.* Dijon, 1785.
(2) *Nouveau traité de la rage.* Paris, 1820.

ont prouvé qu'à l'aide de la bave d'un animal enragé on peut transmettre la maladie les carnivores aux herbivores, et réciproquement. D'après d'autres expériences, les herbivores communiquent moins facilement la rage que les autres.

Tout le monde est d'accord aujourd'hui pour admettre que la rage est due à un virus connu seulement par ses effets, et qui réside dans la bave. Les autres liquides de l'économie ne paraissent pas susceptibles de transmettre la maladie. Si l'on n'a égard qu'aux faits bien authentiques, il semble parfaitement prouvé que, pour produire la rage, le *virus doit être inoculé ;* les faits cités pour prouver que la maladie s'est communiquée par des embrassements, des attouchements, etc., ne sont pas concluants.

M. le docteur Putégnat (de Lunéville) (1) a observé un cas de rage mortelle communiquée à un enfant par la morsure d'un chien qui n'était pas enragé, mais seulement furieux. On ne peut nier l'exactitude du fait ; mais n'était-ce pas là une de ces hydrophobies non rabiques causées par la frayeur, et dont j'ai cité ailleurs des exemples (voy. article *Hydrophobie*) ?

§ III. — Symptômes.

La rage est une maladie toujours identique avec elle-même ; une certaine variabilité dans les principaux symptômes ne suffit pas pour autoriser les divisions qu'on a proposées.

Incubation. — Nous ne connaissons pas les limites extrêmes de l'incubation de la rage ; ce qu'il y a de plus certain, c'est que la maladie, dans le plus grand nombre des cas, se développe du trentième au quarantième jour ; que néanmoins elle peut se manifester plus tôt ou plus tard ; mais que les cas dans lesquels, suivant certaines relations, elle aurait apparu quelques heures après la morsure, ou au contraire plusieurs années après, ne présentent pas les garanties nécessaires pour inspirer la confiance.

Prodromes. — Tous les auteurs ont signalé parmi les prodromes de la rage certains phénomènes qui se passent du côté de la morsure, tels que des picotements, des douleurs plus ou moins vives, et quelquefois même l'ouverture de la cicatrice, ou simplement la tuméfaction de ses bords. On a cité un certain nombre de faits qui prouvent que ces assertions ne sont pas dénuées de tout fondement ; mais il faudrait bien se garder de croire que les phénomènes qui viennent d'être indiqués se manifestent constamment ; il résulte au contraire, de l'étude des faits bien observés, qu'ils n'ont lieu que dans la minorité des cas.

Les prodromes qui se manifestent le plus souvent sont : l'inquiétude, la tristesse, la céphalalgie, une agitation plus ou moins grande, des secousses spasmodiques, quelques pandiculations et des frissonnements ; parfois des nausées, des vomissements, de la constipation.

Symptômes de la maladie confirmée. — Le symptôme principal de cette période est l'*horreur des liquides :* dès qu'on en présente un au malade, il éprouve une anxiété extrême, un sentiment de constriction à la gorge et de suffocation ; s'il parvient à surmonter assez cette aversion pour boire quelques gouttes, dès qu'elles

(1) *Journal de médecine de Bruxelles*, et *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, mars 1845.

parviennent au pharynx, la constriction de la gorge devient extrême; la suffocation augmente; la face exprime la terreur; le malade repousse ou jette le vase, et tombe souvent en convulsions. La même chose arrive, quoiqu'on ait caché au malade la vue du liquide.

Dans un certain nombre de cas, l'horreur des liquides est *complète*, c'est-à-dire que les malades ne peuvent boire d'aucun liquide, quel qu'il soit; d'autres fois elle est *incomplète*, et alors le malade peut boire, soit du vin, soit du bouillon, soit de la bière, etc.; mais il est remarquable que l'eau inspire toujours de l'horreur, à moins qu'on ne la donne d'une manière particulière, comme en l'exprimant avec une mie de pain dans la bouche, et c'est seulement dans quelques cas particuliers.

La *vue* est péniblement affectée par les corps brillants; l'aspect d'un miroir, d'un verre, d'un corps métallique, suffit pour causer aux malades une grande anxiété et un sentiment d'effroi; une vive lumière n'est pas supportée. Les *autres sens* ne sont pas moins troublés : ainsi un bruit subit et inattendu occasionne des convulsions; le contact des corps métalliques, un simple courant d'air, l'agitation que produit une personne en passant auprès du lit, suffisent pour produire le même effet.

Il y a en même temps une grande *exaltation* chez les malades; ils sont animés, ont la parole brusque, les idées incohérentes; un grand nombre ont du *délire* et des *hallucinations*. Chez quelques-uns le délire est furieux, et ce sont ceux-là qui mordent ou qui cherchent à mordre; mais cela n'a lieu que dans la minorité des cas, contrairement aux idées vulgaires; il est au contraire un certain nombre de sujets qui sont extrêmement affectueux et qui parlent sans cesse avec attendrissement; en un mot, le délire est très variable. Chez certains hommes on a vu se déclarer le *satyriasis*, et chez certaines femmes la *nymphomanie*.

Vers le deuxième ou le troisième jour de la maladie, la *constriction pharyngienne* devient plus forte, et alors on voit se produire ces phénomènes d'*expuition convulsive*, qui donnent une physionomie si particulière à la maladie. A chaque instant les malades, comme s'ils sentaient un obstacle dans le pharynx, rejettent, par des efforts violents, une *salive*, une *bave* écumeuse qu'ils envoient quelquefois fort loin : c'est ce qu'on a appelé la *bave rabique*. Ce n'est que dans le délire que les malades cherchent à cracher sur les personnes qui les entourent.

D'après quelques auteurs, on trouve à la face inférieure de la langue quelques *vésicules* auxquelles on a donné le nom de *lysses*. Suivant M. Magistel (1), elles ont la forme et la grosseur d'une lentille et une couleur d'un blanc brunâtre. M. Marochetti les a vues apparaître du troisième au neuvième jour. Les autres médecins qui ont observé soit sur l'homme, soit sur les animaux, n'ont rien vu de semblable, en sorte que l'existence de cette lésion est très douteuse.

A cette époque, la respiration s'embarrasse de plus en plus; il y a une constriction pénible et douloureuse dans l'épigastre et dans la poitrine; plusieurs malades ont du *hoquet*, tous une *soif* très vive, l'*appétit* complétement perdu, de la *constipation*; le regard est fixe et hagard, les pupilles sont dilatées : c'est alors surtout que surviennent les *accès convulsifs* auxquels on a donné le nom d'*accès rabiques*.

Accès rabique. — A des intervalles plus ou moins éloignés, soit spontanément,

(1) *Mémoire sur l'hydrophobie*. In-8, Paris, 1824.

soit sous l'influence des causes énumérées plus haut (vue d'un liquide, courant d'air, bruit subit, etc.), un *tremblement* parcourt tout le corps; les muscles des membres, du tronc et de la face sont agités de *mouvements saccadés;* quelquefois les convulsions sont semblables à celles du tétanos, et quelquefois aussi les malades acquièrent une force extraordinaire et brisent les liens avec lesquels on a dû les attacher. Ces accès sont courts, et vont toujours en se rapprochant jusqu'à la fin de la maladie.

Enfin tous les symptômes vont en augmentant : l'*oppression* devient extrême; le *pouls* est petit, serré et fréquent, et le malade succombe sans agonie par simple asphyxie, et dans un moment de calme, à peu près comme dans les cas d'*œdème de la glotte.*

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est rapide et toujours croissante; les accès seulement sont plus ou moins forts chez les divers individus. La *durée* des symptômes, auxquels on a donné le nom de *prodromes*, est de deux ou trois jours; celle de la maladie confirmée est de deux à quatre jours. La *terminaison* a lieu constamment par la mort.

§ V. — Lésions anatomiques.

Malgré toutes les recherches que l'on a pu faire, on n'a trouvé aucune lésion anatomique propre à cette affection : un peu de congestion des centres nerveux, due à l'asphyxie, l'emphysème des poumons, la rougeur des muqueuses, la stase du sang dans les vaisseaux, quelquefois un peu de gonflement des papilles de la base du pharynx et du larynx, telles sont les seules lésions signalées, lésions qui ne nous apprennent rien sur la nature de la maladie.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Ce n'est qu'avec l'*hydrophobie non rabique* qu'on pourrait confondre la rage. Je n'en exposerai pas ici le diagnostic, renvoyant sur ce point à l'article suivant

§ VII. — Traitement.

Ce que j'ai dit de la terminaison constamment funeste de la rage confirmée me dispense nécessairement d'entrer dans de grands développements relativement au traitement curatif; il n'en est pas de même du traitement préservatif, qui, dans l'état actuel de la science, a seul une importance réelle.

1° *Traitement curatif.* — Pour combattre la rage déclarée, on a mis en usage une multitude de médicaments, parmi lesquels je citerai les émissions sanguines abondantes, les narcotiques, les antispasmodiques, les mercuriaux, l'arsenic, le nitrate d'argent, l'ammoniaque, etc., etc. Ces médicaments ont été administrés à des doses souvent énormes; mais il n'est pas un fait qui prouve qu'ils aient eu une action réelle dans un cas de rage bien évident. Il en a été de même de l'acide prussique, des cantharides, de l'électricité, des émétiques, et même de la morsure de la vipère. Dans ces dernières années, on a tenté des *injections dans les veines*, soit d'eau pure à la température de 30 degrés centigrades, et à la dose de 700

800 grammes dans l'espace de dix ou douze minutes (Magendie), soit d'eau chargée de substances médicamenteuses, telles que l'opium, le camphre et le musc; mais tous ces essais ont complétement échoué.

M. Rochet-d'Héricourt a présenté à l'Académie de médecine (1) une racine qu'il a rapportée de l'Abyssinie, et par laquelle on traite l'hydrophobie dans ce pays. Cette racine a des effets éméto-cathartiques. Ce moyen, ayant été récemment essayé, n'a eu aucun succès.

Je ne citerai pas ici la multitude des remèdes populaires employés contre la rage, parce qu'ils n'ont aucun fait concluant en leur faveur. C'est donc à l'expérimentation à découvrir le traitement curatif de cette maladie, si la chose est possible.

2° *Traitement préservatif.* — La première indication, c'est de s'opposer à la pénétration du virus dans l'économie. Il importe, par conséquent, d'agir le plus tôt possible. Pour cela, les deux principaux moyens sont la cautérisation et l'amputation; mais, si l'on n'avait pas sous la main immédiatement tout ce qu'il faut pour pratiquer la cautérisation, on devrait, en attendant, *faire couler le sang* par la pression, par la succion ou à l'aide d'une ventouse, et laver fréquemment la plaie dans toute sa profondeur.

Si la morsure a été faite sur une partie de faible volume, comme les doigts, et si elle est considérable, on ne doit pas hésiter à pratiquer l'*amputation*. Quelques médecins ont proposé même l'amputation des membres dans les cas de morsures profondes; mais on s'accorde généralement à donner l'avantage à la cautérisation, qui, si elle est bien faite, remplit le même but, et ne met pas en danger la vie des malades.

Cautérisation. — De tous les modes de *cautérisation*, celui qu'on pratique avec le *fer rouge* est préféré : il faut la faire assez profonde pour que tous les points dans lesquels la bave a pu pénétrer soient fortement atteints.

Les autres *caustiques* mis en usage sont : le chlorure d'antimoine, la potasse caustique, le caustique de Vienne, le nitrate acide de mercure, les acides, la chaux vive.

Vingt-trois individus ayant été mordus par une louve enragée, M. le docteur Chabanon (2) cautérisa les plaies avec l'*acide sulfurique concentré*. Chez seize de ces blessés, aucun phénomène de rage ne se manifesta, si ce n'est chez un malade atteint de nombreuses blessures à la face, et chez lequel la cautérisation n'avait pu être complète.

Avant d'appliquer le fer rouge ou le caustique, on fait saigner la plaie, on la nettoie, et, si l'on ne peut faire pénétrer assez profondément l'agent cautérisateur, on pratique le débridement. Dans le cas où la plaie serait cicatrisée en tout ou en partie, lorsqu'on apprend que l'animal est malade, il ne faut pas hésiter à la rouvrir et à la cautériser, comme il vient d'être dit. Dans les deux cas, après la cautérisation, il est bon d'entretenir la suppuration pendant assez longtemps.

Les médecins qui ont regardé les vésicules de la langue comme les signes de la rage ont recommandé de les cautériser; mais nous savons que ces lésions n'ont pas été retrouvées par les autres observateurs.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1849, t. XV, p. 242.
(2) *Ibid.*, t. XVIII, p. 28.

Rien ne peut remplacer les moyens que je viens d'indiquer; c'est pourquoi je n'insisterai ni sur la ligature des membres ni sur les vésicatoires, les sétons, les cautères, ni sur les remèdes internes, comme les mercuriaux, les acides minéraux, la sabine, etc., qui n'ont pas plus de valeur comme moyens préservatifs que comme moyens curatifs.

Quant aux nombreux prétendus spécifiques, que la multiplicité des cas de rage a fait éclore dans ces derniers temps, ce sont, comme le dit M. Bouchardat, en terminant son rapport à l'Académie (1), « quelques opinions sans preuves, des formules appartenant à l'enfance de la pharmacologie, qui toutes ont été publiées, puis sont tombées dans l'oubli, et qui n'inspirent de la confiance que parce qu'on les emploie mystérieusement. »

Ce médecin ajoute : « Si, dans quelques cas, ces remèdes ont pu être utiles en relevant le moral des *croyants*, ils ont été nuisibles la plupart du temps en retardant ou en empêchant l'usage des moyens rationnels. »

ARTICLE XIV.

HYDROPHOBIE NON RABIQUE.

L'hydrophobie simple, ou non rabique, a été distinguée avec raison de l'hydrophobie rabique, ou rage. Non-seulement, en effet, cette dernière a une cause toute spéciale qui en fait une affection à part, mais encore, ainsi qu'on va le voir, il y a quelques signes qui servent à distinguer la simple hydrophobie de la rage, bien que, dans quelques cas, le diagnostic présente de grandes difficultés. C'est pourquoi je range parmi les névroses simples l'hydrophobie non rabique, tandis que je réserve pour une autre partie de cet ouvrage la description de la rage.

M. Chomel (2) reconnaît trois espèces d'hydrophobie : 1° la *simple horreur des liquides*, 2° l'*hydrophobie symptomatique*, 3° l'*hydrophobie rabiforme*, ou *rage spontanée*. Cette division doit être suivie.

1° *Simple horreur des liquides.* — La première espèce n'offre qu'un très faible intérêt : car, ainsi que le fait remarquer Chomel, elle ne réclame aucun moyen actif de traitement. Je me contenterai, par conséquent, de dire que cette horreur des liquides, qui n'a rien de grave, est parfaitement compatible avec la santé, et que la circonstance la plus remarquable dans laquelle on l'a vue se développer est la *grossesse*.

2° *Hydrophobie symptomatique.* — La seconde espèce constitue un symptôme fort rare de diverses maladies. C'est surtout dans les *maladies fébriles graves* qu'elle se manifeste. Elle coïncide avec un délire violent, et l'on peut voir alors se produire d'autres symptômes de la rage, comme les convulsions, la constriction pharyngienne et le crachotement. Il s'y joint aussi quelquefois l'envie de mordre, comme dans l'hydrophobie rabiforme dont je vais parler.

Ce symptôme indique toujours une très grande gravité de la maladie principale,

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine.* Paris, 1852, t. XVIII, p. 6. — Voyez aussi un second Rapport de M. Bouchardat (*Bulletin de l'Académie*, t. XX, p. 714).

(2) *Dictionnaire de médecine*, t. XV, 1837.

et la mort ne tarde pas à survenir. J'ai vu, il y a quelques mois, à l'Hôtel-Dieu annexe, un homme affecté de rhumatisme articulaire être pris tout à coup, sans qu'on pût en découvrir la cause dans la violence de la maladie ou dans l'intensité du mouvement fébrile, de *délire furieux*, d'*horreur des boissons*, de *sputation*, de *constriction* pharyngienne, et succomber en quelques heures.

« Le *traitement* de l'hydrophobie symptomatique, dit M. Chomel, est généralement subordonné à celui de l'affection à laquelle elle est liée. Il offre néanmoins une indication commune, celle d'*introduire dans l'économie, par d'autres voies, les substances médicamenteuses et nutritives* qui ne peuvent plus y être portées par la déglutition. En conséquence, les liquides et quelquefois les médicaments solides eux-mêmes doivent être *administrés en lavements, en bains, en fomentations, en cataplasmes*, quelques-uns pourraient même être *injectés dans les veines.* »

3° *Hydrophobie rabiforme.* — La troisième espèce, c'est-à-dire l'*hydrophobie rabiforme*, ou *rage spontanée*, est bien plus importante à étudier; elle ressemble beaucoup à l'hydrophobie rabique, et comme je le disais plus haut, le médecin peut être appelé pour des cas embarrassants.

C'est une affection rare ; elle a pour *causes* principales la *peur*, soit d'avoir été mordu par un chien enragé ou un hydrophobe, soit d'avoir contracté la rage en communiquant avec un individu affecté de cette maladie. Les vétérinaires ont reconnu chez le chien une espèce de rage qui ne se communique pas. Si une personne est mordue par un chien affecté de cette maladie, la terreur peut la rendre hydrophobe. Enfin l'hydrophobie rabiforme peut être causée par une grande *frayeur* qui n'a aucun rapport avec aucune espèce de rage. J'en ai vu un exemple frappant dans le service de M. Louis à la Pitié, chez une jeune fille qui, conduisant une charrette, avait failli écraser un enfant. Tous les symptômes de la rage se manifestèrent peu de jours après cette émotion vive. Viennent ensuite des causes moins importantes : la *suppression des menstrues ou d'un autre flux ;* la *morsure d'un animal furieux ;* la *chaleur*, le *froid*, etc.

L'hydrophobie rabiforme a une incubation comme l'hydrophobie rabique; mais il y a cela d'important à considérer, que tantôt elle se développe beaucoup plus tôt que celle-ci (quelques heures après l'accident), et tantôt elle ne se manifeste qu'après plusieurs années et lorsqu'on ne peut plus raisonnablement attribuer la maladie au virus rabique, mais bien à l'influence de l'imagination frappée.

Le *début* est quelquefois subit; d'autres fois il est précédé de symptômes nerveux plus ou moins alarmants, tels que la tristesse, l'inquiétude, les cauchemars, les frayeurs, les pandiculations. On peut aussi ranger parmi ces *symptômes précurseurs* divers troubles de la digestion.

Symptômes. — Le premier *symptôme* caractéristique est l'*horreur des liquides*, un sentiment pénible au *contact de l'air frais*, à la *vue des corps brillants ;* en même temps se montrent la *constriction de la gorge*, la *sputation*, les *convulsions*, la *perte de l'appétit*, en un mot les symptômes propres à la rage et dont je renvoie la description à l'article consacré à l'*hydrophobie rabique.* Il faut ajouter que plusieurs malades manifestent des *envies de mordre*, et mordent même les personnes qui leur donnent des soins. Nous verrons plus loin quelle est la valeur de ce signe.

)ans quelques cas il n'y a qu'une simple horreur des liquides avec tristesse ; ou moins grande : c'est l'hydrophobie dans sa plus simple expression. Dans ıtres cas, les prodromes existent seuls.

.'hydrophobie rabiforme peut être de très courte *durée* (quelques heures) ou se longer fort longtemps (plusieurs années). Cette *durée* est importante à constater, ce qu'on n'observe pas ces deux extrêmes dans l'hydrophobie rabique.

.'hydrophobie rabiforme se *termine* souvent par la guérison. C'est là une diffé-ce entre elle et la rage, plus grande encore que celles que j'ai signalées jusqu'à sent, et l'on doit admettre, avec M. Chomel, que les cas de guérison qu'on a s appartiennent à cette hydrophobie spontanée; car de tous ceux où il a été bien nontré que la rage avait été communiquée par un animal, il n'en est pas un seul ne se soit terminé par la mort.

l n'est pas de lésion anatomique qu'on puisse attribuer à l'hydrophobie rabi-me.

La seule affection avec laquelle on puisse confondre cette hydrophobie est la *ie*. Le premier élément du *diagnostic* se trouve évidemment dans l'existence ou sence de la cicatrice résultant d'une morsure. S'il en existe une, c'est une pré-nption en faveur de la rage, mais ce n'est pas encore une certitude, car l'animal ıvait être simplement irrité, et non enragé. Il faut examiner la cicatrice, car nous rons que, dans la rage, il arrive quelquefois que cette cicatrice présente quel-s caractères importants (1). En l'absence de ces caractères, la difficulté est nde; cependant on peut arriver au diagnostic en ayant égard aux circonstances vantes: L'hydrophobie s'est-elle déclarée au bout de quelques heures ou de peu jours, on a des présomptions en faveur de l'hydrophobie rabiforme; ne s'est-elle larée qu'au bout d'un très long temps (plusieurs mois, un an, plusieurs années), a des motifs de poser les mêmes conclusions. Le délire, la fièvre, l'envie de rdre, appartiennent à l'hydrophobie rabiforme. Enfin, si la maladie dure très gtemps, on doit admettre l'existence de cette dernière affection, car la rage se mine par la mort, du troisième au cinquième jour.

En parlant de la terminaison, j'ai dit que la guérison était fréquente; mais il t ajouter que, de leur côté, les cas de mort ne sont pas très rares, en sorte que *pronostic* ne manque pas de gravité. La grande intensité des symptômes est le l signe auquel on reconnaisse cette gravité.

l n'est pas un seul fait à l'abri de toute critique qui démontre la contagion de te maladie.

Le *traitement* doit être divisé en moral et en physique. Le *traitement moral* con-e à démontrer, si l'on peut, à l'individu mordu, que le chien est bien portant. on ne le peut pas, il faut mettre en usage le traitement préventif de la rage, ıs le cas où le sujet n'a encore que des prodromes. Si le malade a foi dans taines pratiques, s'il croit à l'efficacité de quelque traitement empirique, aut bien se garder de le détourner d'y recourir. Enfin s'il ne reste d'autres yens que le raisonnement, il faut citer des faits et chercher tous les moyens conviction qui peuvent paraître efficaces, suivant l'état social et le caractère de dividu.

1) Voy. article *Rage*.

Le *traitement physique* est uniquement dirigé contre les symptômes; c'est en dire assez, car il s'ensuit que la pléthore doit être combattue par les *émissions sanguines ;* que les accidents nerveux exigent les *antispasmodiques*, etc., etc. Il est à peine utile d'ajouter que les médicaments doivent être assez souvent introduits par le rectum, car la déglutition peut être impossible. Les *bains* prolongés ont été souvent utiles. J'ai parlé, à l'article *Rage* (p. 894), de l'*injection de l'eau dans les veines*.

ARTICLE XV.

CONTRACTURE IDIOPATHIQUE.

Il n'entre pas dans le plan de cet ouvrage de parler de la contracture en général. Sous ce point de vue, elle n'est, en effet, qu'un symptôme sur lequel on peut présenter des considérations intéressantes en pathologie générale ; mais dans la pathologie spéciale ce symptôme appartient à diverses maladies, et c'est dans la description de ces affections qu'il trouve naturellement sa place.

Il n'est qu'une seule espèce de contracture qui mérite d'être étudiée à part. c'est la contracture idiopathique, qui fait le sujet de cet article.

Les auteurs récents ont donné à cette affection le nom de *contracture des extrémités*, parce que les extrémités sont les points dans lesquels se montre communément cette contracture; mais on va voir par la description suivante que là ne se borne pas toujours ce symptôme. D'autres parties, les muscles des mâchoires et du tronc, peuvent participer à ce trouble de la motilité, et, de plus, il résulte des faits que cette affection n'est pas une maladie locale. Je crois, par conséquent, qu'il est bien préférable de la désigner sous le nom de *contracture idiopathique*, déjà employé par MM. Tessier et Hermel.

« C'est seulement, disent MM. Rilliet et Barthez (1), dans ces dernières années que la maladie dont nous allons faire l'histoire a spécialement attiré l'attention des pathologistes. Il est bien probable toutefois qu'elle n'était point inconnue à la plupart des auteurs qui ont étudié les maladies de l'enfance. Sans doute alors elle était confondue avec les convulsions, et faisait partie de ce cortége de symptômes auquel les gens du monde et même certains praticiens ont donné le nom de *convulsions internes*. Il n'est pas étonnant, du reste, que la contracture ait passé inaperçue, car elle survient d'ordinaire dans le cours d'une affection plus grave qui seule attire l'attention de l'observateur ; et, de plus, son siége et l'âge des sujets qu'elle atteint plus spécialement sont encore des motifs qui l'ont fait méconnaître. »

Il ne faut pas croire cependant que cette maladie fut tout à fait méconnue. Les auteurs que je viens de citer se sont, en effet, servis d'observations recueillies par MM. Tonnellé, Delaberge et Constant; et, de plus, nous savons que Dance avait déjà décrit cette affection sous le nom de *tétanos intermittent*. Dans ces derniers temps, MM. Tessier et Hermel (2) en ont rapporté plusieurs cas qu'ils ont observés à l'Hôtel-Dieu, et en ont fait le sujet d'un mémoire intéressant.

Parmi les auteurs qui ont traité cette question dans ces dernières années, il faut

(1) *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, t. II, p. 325 et suiv.
(2) *De la contracture et de la paralysie idiopathique chez l'adulte*, mai et juin 1843.

citer surtout MM. Delpech (thèse, 1845) et Luc. Corvisart (thèse, 1852). M. Trousseau a appelé l'attention sur cette maladie dans ses leçons cliniques, et plusieurs travaux ont été publiés sur cette question par ses élèves.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Ce qui caractérise particulièrement l'affection dont il s'agit, c'est la flexion involontaire des doigts et des orteils. MM. Rilliet et Barthez la divisent en primitive, sympathique et symptomatique. La dernière espèce ne doit être mentionnée qu'à l'occasion des maladies dans lesquelles elle survient, et des deux autres, c'est la première qui doit nous occuper particulièrement ici.

Les différents noms sous lesquels est connue cette maladie sont les suivants : *tétanos intermittent* (Dance), *spasmes musculaires idiopathiques* (Delpech), *tétanie* (Luc. Corvisart), *contracture des extrémités*, *contracture idiopathique*.

La contracture des extrémités n'est pas une maladie très fréquente, néanmoins on l'observe beaucoup plus fréquemment aujourd'hui que dans les années précédentes, peut-être parce qu'on la reconnaît mieux. On a noté des épidémies de contracture. En 1842 et en 1843 un nombre assez considérable de cas de ce genre fut observé à Paris, et en 1846 une véritable épidémie de contracture semble avoir régné en Belgique.

Siége. — La contracture occupe le plus souvent les membres supérieurs ; elle occupe moins souvent les membres inférieurs. On a remarqué que généralement les deux membres symétriques étaient pris en même temps. Cependant il existe des cas où un seul membre est atteint, et d'autres, plus rares, où la contracture occupe une moitié latérale du corps. Les muscles qui sont le siége de la contracture sont-ils seulement les fléchisseurs ou les extenseurs ? Le plus souvent les membres sont dans une flexion forcée, ce qui tient à la force prédominante des fléchisseurs ; mais les extenseurs sont en même temps contractés, et l'on éprouve une résistance marquée à faire exécuter au membre des mouvements artificiels.

§ II. — Causes.

Age. — Les observations recueillies jusqu'à ce jour montrent que la contracture est plus fréquente chez les enfants, principalement de 1 à 3 ans. La statistique de M. Corvisart montre que cette maladie peut s'observer dans l'âge adulte et même dans la seconde moitié de la vie. Cet auteur a noté 16 cas de 17 à 21 ans, un à 36 ans, un à 46 ans, 2 à 48 ans, un à 52 ans, un à 60 ans.

Sexe. — Le sexe ne paraît pas avoir d'influence marquée sur la production de la maladie.

On a cherché à expliquer la maladie par des influences professionnelles, mais on n'est arrivé à cet égard à aucune notion précise. L'influence des saisons a été également invoquée, et principalement celle du froid, d'autant plus que pour quelques auteurs la maladie se rattache de près ou de loin au rhumatisme. On a, en effet, observé plus souvent cette maladie dans la saison froide. Néanmoins les faits manquent pour établir nettement l'influence de cette cause.

On a remarqué que la contracture se montrait assez fréquemment dans la con-

valescence des fièvres ou des phlegmasies, et principalement à la suite de la fièvre typhoïde.

§ III. — Symptômes.

Le *début* est ordinairement graduel ; quelquefois on a vu la maladie survenir brusquement. On voit ordinairement des *prodromes* précéder les symptômes caractéristiques ; ce sont les phénomènes suivants : malaise, brisement des membres, courbature, céphalalgie, vertiges.

Lorsque la maladie est confirmée, les malades éprouvent une *douleur* particulière qui a pour siége les membres affectés. Cette douleur consiste dans des élancements occupant les mains ou les pieds, les avant-bras ou les mollets, ou toutes ces parties, suivant que la maladie est bornée à quelques-unes des extrémités ou les occupe toutes. On observe aussi des *crampes*, principalement dans les mollets. MM. Tessier et Hermel ont constaté, dans un cas, que le trajet des cordons nerveux correspondant aux parties contracturées était spécialement douloureux.

La *contracture* n'est pas ordinairement le premier symptôme qui annonce le trouble de la motilité, soit que l'on considère la maladie en général, soit qu'on ne considère que les accès qu'elle présente. On trouve, en effet, d'abord de l'engourdissement et de la gêne dans les mouvements, une tension douloureuse ; puis vient la roideur, la contracture qui s'empare principalement des doigts et des orteils, et qui gagne le reste des membres. Les doigts sont quelquefois fléchis et collés à la paume de la main ; on peut, à l'aide d'efforts persistants, les ramener dans l'extension, mais on est ordinairement obligé d'y renoncer, à cause des vives douleurs que ces tentatives occasionnent. D'autres fois, il n'y a qu'une simple demi-flexion des doigts, qui sont alors écartés et qui sont irrégulièrement fléchis. Cette flexion ou demi-flexion gagne aussi les bras, et y présente les mêmes caractères.

Dans les *membres inférieurs*, on observe surtout de la roideur dans l'extension, en sorte qu'on a de la peine à fléchir les articulations, et que cette flexion est douloureuse ; les orteils, cependant, sont quelquefois fléchis, et quelquefois dans l'extension forcée.

La pression circulaire, exercée sur le membre affecté, cause de la douleur et augmente la contracture. Ce fait a été signalé par M. Trousseau. Ce professeur a montré, en outre, que la pression circulaire pouvait ramener le membre à l'état de contracture et provoquer l'accès. L'explication physiologique la plus satisfaisante est que la pression arrête et condense le sang noir, qui est excitateur des muscles. Quoi qu'il en soit, le fait est digne d'intérêt et mérite d'être étudié.

Les muscles des membres ainsi contracturés sont durs, et leurs tendons sont saillants. Dans un cas qui a passé sous mes yeux, j'ai observé un *tremblement* marqué des membres supérieurs, principalement dans les moments d'exacerbation de la maladie. Ce symptôme n'a généralement pas été signalé.

Ce n'est pas seulement sur les muscles des membres que porte la rigidité. C'est ainsi que, chez quelques-uns des malades observés par Dance, on nota le *trismus*, la contracture des muscles abdominaux, et, dans un cas, une roideur des muscles postérieurs du tronc semblable à l'*opisthotonos*. Chez ce sujet il y avait en même temps des secousses convulsives, comme dans le véritable tétanos.

MM. Rilliet et Barthez ont vu plusieurs fois des *convulsions* survenir chez les enfants, trois ou quatre jours après que s'était montrée la contracture.

Dans un certain nombre de cas, on a observé, en même temps que ces troubles de la motilité, une obtusion remarquable de la *sensibilité* occupant les parties malades, mais jamais d'insensibilité complète.

Il est rare que les membres occupés par la contracture présentent quelque altération apparente ; cependant on a cité quelques cas dans lesquels on a observé de la *rougeur* et un peu d'*œdème* au niveau des articulations.

La *céphalalgie* et les *vertiges*, que nous avons signalés parmi les prodromes, continuent quelquefois pendant le cours de la maladie, mais ce n'est pas le cas le plus fréquent. On n'observe pas de délire ; mais, dans certains cas, il existe une espèce de *stupeur*, lorsque la maladie est violente, et surtout pendant les accès.

Quand la maladie reste bornée aux extrémités, il n'y a pas de symptômes généraux bien remarquables ; mais si, comme dans plusieurs cas rapportés par Dance, l'affection est plus générale, on voit, principalement au moment des accès, survenir une grande *anxiété*, une gêne marquée de la respiration, son accélération, et de la suffocation. L'anxiété et les douleurs sont quelquefois telles, que les malades poussent des gémissements et parfois des cris.

La *face* est généralement pâle ou naturelle ; mais au moment des accès, lorsqu'ils sont violents, elle se colore vivement par intervalles, ce qui annonce l'apparition des douleurs.

La *peau*, naturelle ou légèrement humide, se couvre de sueur à la fin des accès violents.

Du côté des *voies digestives*, on n'observe guère qu'une diminution plus ou moins marquée de l'appétit.

Il n'est pas ordinaire d'observer de la fièvre lorsque la contracture est un peu étendue ; dans les cas où elle est généralisée, on constate un mouvement fébrile quelquefois porté au point que le *pouls* a une fréquence démesurée, pour me servir de l'expression de Dance, ce qui portait ce médecin à donner à la maladie le nom de *fièvre intermittente tétanique*, et à la ranger parmi les fièvres pernicieuses. Mais ce que nous venons de dire du peu de constance de ce phénomène prouve que cette manière de voir n'est pas fondée sur les faits les plus ordinaires.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de la maladie est surtout intéressante à étudier. Tous les auteurs, et principalement Dance et M. Imbert-Goubeyre, ont insisté sur l'existence des *accès* qui donnent à la maladie le caractère *intermittent*. Dans les cas observés par Dance, les malades avaient éprouvé, un temps plus ou moins long avant leur entrée à l'hôpital (deux, trois et même quatre mois), plusieurs atteintes légères du mal. « C'étaient, dit cet auteur, des accès faibles et de courte durée, n'ayant rien de fixe dans leur apparition, caractérisés par des roideurs qui s'emparaient momentanément des membres, et cessaient ensuite spontanément dans ces parties. Mais, par la suite, ces accès ont été en redoublant d'intensité, affectant un type plus régulier (quotidien dans un cas, tierce dans un second, simplement rémittent dans les autres), s'accompagnant en outre de symptômes fébriles analogues à ceux d'une fièvre intermittente, si l'on en

excepte toutefois le stade du frisson, qui était en général peu ou point du tout marqué. » Cette intermittence mérite grande considération, car nous verrons, à l'article du traitement, que, dans un cas observé par M. Tessier, on a tiré de cette circonstance une indication utile.

Il est rare que la maladie ne se compose que d'un seul accès, il est plus ordinaire d'en observer quatre ou cinq dans un espace variable, le plus habituellement en quinze jours. L'accès même dure quelques minutes, quelques heures, quelquefois un ou deux jours. On a observé quelques cas dans lesquels les accès étaient innombrables, indéfinis, duraient à peine ; dans ces cas l'affection avait une durée assez longue.

Nous venons de voir que la *durée* de l'affection peut être longue, car, dans les cas cités par Dance, il faut faire remonter son début aux premiers accès passagers ; dans beaucoup de cas, elle est plus courte, mais il est rare qu'elle ne dure pas un certain nombre de jours.

La *terminaison* est ordinairement heureuse, et l'on voit les cas en apparence les plus graves se terminer par la guérison, sans qu'on emploie de médication active, ainsi que le fait observer Dance ; mais on en a cité quelques-uns qui se sont terminés par la mort, ainsi qu'on va le voir quand je parlerai des lésions anatomiques.

§ V. — Lésions anatomiques.

On n'a pas trouvé de lésions anatomiques qui se montrent d'une manière constante dans l'affection qui nous occupe. Dans un cas, M. Grisolle a vu un ramollissement de la moelle ; dans un autre, M. Imbert-Gourbeyre a reconnu une injection et même des ecchymoses de la surface convexe du cerveau, un ramollissement du renflement brachial de la moelle, une teinte rosée de la queue de cheval ; mais ces lésions sont trop peu constantes pour qu'on les considère comme essentielles, et, jusqu'à nouvel ordre, on doit, avec la majorité des auteurs, regarder la maladie comme due à un trouble fonctionnel.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Une fois ces symptômes connus, on ne peut guère confondre l'affection qui nous occupe avec aucune autre maladie. Elle se distingue du *tétanos*, dans les cas les plus violents, par son intermittence si remarquable ; lorsque l'affection n'occupe que les extrémités, la confusion n'est pas possible. On a pensé qu'on pourrait la prendre pour l'*ergotisme convulsif* décrit par les auteurs allemands ; mais on a fait remarquer avec raison que la multiplicité des symptômes, leur violence extrême, et le génie épidémique qu'on observe dans cette dernière, suffisent pour prévenir l'erreur. Quant à l'*acrodynie*, elle n'a pas pour symptôme ordinaire la contracture des extrémités, ce qui est un signe diagnostique suffisant.

Pronostic. — Nous avons vu, en parlant de la terminaison, que la maladie est en général peu grave. La mort est ordinairement, suivant la remarque de MM. Barthez et Rilliet, causée par des complications de nature diverse. Cependant il est des cas de mort où la maladie n'était pas compliquée. On n'a pas signalé de phénomène

particulier, sauf peut-être les convulsions chez les enfants, qui indiquent une plus grande intensité de l'affection.

§ VII. — Traitement.

L'emploi des *émissions sanguines* a été tenté contre la contracture idiopathique; mais dans les deux cas cités par Dance, où elles ont été mises en usage, elles ont été inutiles (1). Cependant les auteurs disent que la saignée est avantageuse, mais les preuves manquent.

Le plus souvent on se contente de quelques calmants (*opium*, *belladone*, etc.). Relativement à l'opium, M. Grisolle fait observer qu'on ne l'a peut-être pas porté à une dose assez élevée, car il est rare qu'on en ait donné plus de 15 centigrammes dans les vingt-quatre heures aux adultes. L'opium à haute dose est un moyen à tenter.

Les *antispasmodiques* sont surtout conseillés par MM. Rilliet et Barthez, qui recommandent les frictions avec l'*éther*, la *teinture éthérée de digitale*, l'*huile camphrée*. Contrairement à leur habitude, ces auteurs n'invoquent pas, pour démontrer l'efficacité de cette médication, l'autorité des faits. Les antispasmodiques ont été aussi administrés *à l'intérieur*, et les auteurs que je viens de citer recommandent en particulier l'*oxyde de zinc uni à la jusquiame*, comme dans les cas de névralgies; mais les réflexions précédentes s'appliquent à l'emploi de ce médicament.

M. Martin-Solon (2) a employé avec succès le *chloroforme* à l'extérieur, contre une contracture musculaire qu'il regardait comme *rhumatismale ;* il faisait pratiquer trois fois par jour des onctions sur les parties contracturées avec le liniment suivant :

℞ Chloroforme...................... } àà parties égales.
Huile d'amandes douces............. }

On a conseillé les *ferrugineux* et un *bon régime* (Constant), dans les cas où la constitution est débile. Les *toniques*, et en particulier le *quinquina*, paraissent devoir être utiles en pareille circonstance.

Dans un cas rapporté par Dance, les *bains généraux*, dit cet auteur, ont paru avantageux. C'est encore une médication à expérimenter, et l'on devra essayer les *bains prolongés*.

Dans les cas observés par MM. Tessier et Hermel, les *vomitifs* paraissent avoir eu des avantages plus marqués que les autres remèdes. Ces auteurs conseillent d'administrer à plusieurs reprises le mélange suivant :

℞ Tartre stibié.......... 0,01 gram. | Ipécacuanha............... 2 gram.

A prendre en une fois.

Enfin les mêmes observateurs ont cité un cas dans lequel l'affection présentait

(1) *Loc. cit.*, p. 204.
(2) *Bulletin général de thérapeutique*, juillet 1849.

des accès mal caractérisés de fièvre quotidienne, et qui céda promptement au *sulfate de quinine.* Il est surprenant que la marche de la maladie, sur laquelle ont tant insisté plusieurs des auteurs précédemment cités, n'ait pas engagé les médecins à user plus fréquemment de ce moyen. M. le docteur Sandras (1) a observé un cas dans lequel le *sulfate de quinine*, à la dose d'un gramme, a eu un effet calmant très évident.

Rappelons, en terminant, que, dans les cas en apparence graves, les sujets ont guéri sans être soumis à aucune médication active.

J'ai présenté en abrégé le traitement de cette maladie, parce que les recherches thérapeutiques sur ce point de pathologie sont beaucoup trop insuffisantes pour qu'on puisse en tirer quelques conséquences pratiques précises. C'est un sujet intéressant pour les observateurs.

ARTICLE XVI.

CRAMPES ORDINAIRES ET CRAMPE DES ÉCRIVAINS.

1° *Crampes ordinaires.* — On sait que certaines personnes sont sujettes à des crampes qui surviennent principalement dans la nuit, et qui occupent les muscles des mollets ou des pieds. Lorsque ce phénomène ne se produit que de loin en loin, il ne constitue qu'un léger accident, et ne peut être considéré comme une maladie; mais, chez certains sujets, les crampes se renouvellent toutes les nuits à des reprises plus ou moins nombreuses; elles sont très douloureuses et troublent le sommeil. Cet état est des plus pénibles, et réclame les soins du médecin.

Je ne chercherai pas les causes de cette affection; elles n'ont pas été suffisamment étudiées. Quant aux symptômes, au contraire, tout le monde les connaît. Je veux seulement ici indiquer le moyen de *traitement* suivant, qui a été employé par un médecin sur lui-même.

M. le docteur Bardsley (de Manchester) (2) a trouvé un moyen bien simple d'empêcher la reproduction des crampes qui se manifestent avec tant de violence chez quelques personnes quand elles sont couchées. Je crois devoir donner ici l'extrait de son mémoire, tel qu'il a été présenté dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (3). Le docteur Bardsley a été, pendant plusieurs années, tourmenté presque toutes les nuits par des crampes contre lesquelles il a inutilement employé tous les moyens usités en pareil cas. Il fut enfin frappé d'un fait qui avait longtemps échappé à son attention : c'est que, lorsqu'il dormait dans son fauteuil, les extrémités inférieures ne touchant pas au sol, mais suspendues de manière à former un plan incliné avec le reste du corps, jamais les crampes ne venaient le troubler dans cette position. L'auteur ayant questionné plusieurs personnes, comme lui sujettes aux crampes, trouva qu'elles étaient précisément dans le même cas. Il fit donc préparer un lit en plan incliné. Dans ce but, on retrancha 12 pouces des pieds inférieurs du lit, de manière à faire incliner celui-ci de 12 pouces à partir de la tête aux pieds. Cette méthode réussit parfaitement, ce qui fut d'ailleurs démontré

(1) *Union médicale*, 27 octobre 1849.
(2) *London medical Gazette*, mai 1847.
(3) 1er mars 1847.

par la contre-épreuve suivante. Sept jours après avoir joui du bénéfice de ce nouveau plan, l'auteur, peu de temps après s'être couché, fut pris de crampes atroces qui mirent toute sa famille en alarmes; le lendemain matin il s'aperçut que son lit avait été refait d'après la méthode ordinaire par une nouvelle servante qui n'avait pas été prévenue de la manière dont il fallait le faire.

M. Bardsley a également fait une expérience qui lui a démontré que ce n'était pas à un régime trop succulent qu'il devait attribuer ses crampes. Un jour qu'il avait mangé très légèrement, il essaya de se coucher en position horizontale; il ne tarda pas à s'éveiller avec des crampes si violentes, qu'il lui fallait deux personnes pour lui maintenir les jambes et les cuisses pendant qu'on faisait des frictions stimulantes. L'auteur croit néanmoins que les crampes tiennent à un état maladif des voies digestives, et que si une abstinence complète des plaisirs de la table n'est pas de rigueur, il importe cependant de ne pas trop s'y livrer, si l'on veut que les nuits ne soient pas traversées par les douloureux accès auxquels on est sujet.

2° *Crampe des écrivains.* — Je ne dirai que quelques mots de cette singulière affection dont les chirurgiens se sont occupés plus spécialement que les médecins. Ce n'est que depuis un petit nombre d'années que les observateurs en ont signalé des cas remarquables; les plus connus sont ceux qui ont été publiés par les docteurs Albers, Heyfelder, Kopp, J.-J. Cazenave, David, Stromeyer et Langenbeck.

Cette affection consiste dans l'impossibilité d'écrire, par suite de contractions particulières des muscles fléchisseurs, ou plus rarement des extenseurs des doigts, quoique, en général, la main exécute facilement tous les mouvements quand il s'agit d'un autre acte.

La seule *cause* que l'on ait reconnue à cette maladie est l'action d'écrire avec continuité pendant un temps assez long.

Début. — Comme l'affection précédente, celle qui nous occupe commence ordinairement par des accès éloignés et de courte durée, jusqu'à ce qu'enfin la crampe se manifeste toutes les fois que le sujet veut écrire.

Les *symptômes* de la maladie ne sont pas les mêmes dans tous les cas. Ainsi parfois il y a une simple flexion involontaire du pouce, lorsque le malade veut faire courir la plume sur le papier : celle-ci est mal tenue, et si le mal est poussé très loin, l'écriture est tout à fait illisible. D'autres fois (1) l'index s'éloigne de la plume, qui ne peut être maintenue; quelquefois aussi la contraction du pouce est subite, et la plume est projetée au loin (2). Dans un cas dont j'ai eu connaissance, et pour lequel M. J. Cloquet a été consulté, le pouce, l'index et le médius se fléchissaient, et ce n'est qu'après cette flexion que le malade pouvait écrire avec quelque facilité.

Les mouvements de la main, pour les autres actes, sont, au contraire, ainsi que je l'ai dit plus haut, réguliers et faciles; il y a néanmoins quelques exceptions à cette règle, car chez un des sujets observés par M. Stromeyer, le pouce était entraîné vers la paume de la main toutes les fois que le malade voulait toucher du piano.

Lorsque les sujets affectés veulent continuer à écrire malgré cet empêchement, il en résulte des efforts considérables des doigts et une grande fatigue, principalement dans le pouce.

(1) Langenbeck, *Allgem. Zeitung*, 1841.
(2) Stromeyer, *Bayerisch. med. Corresp.*, 1840.

Tels sont les seuls symptômes qui caractérisent cette maladie, car il n'y a rien qui prouve qu'elle soit due à une influence générale.

Un très grand nombre de *traitements* ont été dirigés contre cette affection. On lui a opposé les *frictions irritantes*, les *affusions froides*, les *vésicatoires*, les *sétons*, la *morphine*, la *strychnine par la méthode endermique*, la *belladone*, l'*acupuncture*, l'*électro-puncture*, les *douches médicamenteuses*, etc. Jamais ces moyens n'ont procuré de véritables succès. On leur a vu produire un peu de soulagement, mais ce soulagement a toujours été passager.

M. Sandras (1) a fait connaître un cas qui lui a été communiqué par M. Lefant, et dans lequel il a conseillé les saignées, les émollients, les ferrugineux, les narcotiques, les vésicatoires. Mais je n'ai pas appris que ce traitement ait eu du succès.

Enfin on a plusieurs fois pratiqué la *ténotomie*. Dans un des cas observés par M. Stromeyer, la *section du muscle long fléchisseur du pouce* fut pratiquée : immédiatement la sensibilité de tout le pouce diminua sensiblement ; elle avait repris dès le lendemain toute son intégrité sur la face dorsale, mais la face palmaire resta insensible pendant quatorze jours, après lesquels la sensibilité y reparut. Le quinzième jour la guérison était complète.

Ce cas est le seul de tous ceux que nous connaissons dans lequel le succès a été complet. M. Langenbeck ne produisit qu'une diminution de la maladie par la section de l'extenseur propre de l'index et du tendon de l'extenseur commun ; et, dans les autres cas opérés par Dieffenbach et d'autres chirurgiens, on n'obtint aucun avantage de l'opération. C'est à l'observation ultérieure à nous faire connaître dans quels cas on peut le plus espérer de la ténotomie, et l'étude attentive des phénomènes apprendra aux praticiens quels sont, dans les diverses circonstances, les tendons dont on doit opérer la section.

Dans sept cas ressemblés par M. Cazenave (2), de Bordeaux, ce médecin a vu que la section des muscles opérés par Stromeyer, un cautère placé par le docteur Albert à égale distance de l'acromion et de la septième vertèbre cervicale, un serre-bras deltoïdien, sont des moyens qui ont procuré une amélioration momentanée, mais non une guérison complète. De telle sorte qu'il propose de les remplacer par l'emploi d'un appareil très simple, dont voici la description :

Porte-plume de M. Cazenave. — Il consiste en un porte-plume armé de deux vis de pression et en deux cercles de caoutchouc pourvus chacun d'une vis de rappel. Cet appareil ainsi composé s'adapte parfaitement et sans gêne aux trois premiers doigts de la main droite, qu'il contraint à tenir la plume. Comme les liens sont élastiques, et qu'on peut les serrer et les desserrer à volonté en recourant au mécanisme si simple des vis de rappel dont ils sont pourvus, on peut écrire ayant les doigts ainsi fixés, mais d'une tout autre façon que dans les conditions ordinaires. Les mouvements très rapides de flexion ou d'extension n'étant pas possibles, force est d'écrire par des mouvements d'avance et de recul, qui s'opèrent dans l'articulation radio-carpienne. Cinq ou six leçons et un peu d'application suffisent pour bien apprendre cette manœuvre.

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, 1848.

(2) *De quelques infirmités de la main qui s'opposent à ce que les malades puissent écrire.* Paris, 1846, in-8, fig.

J'ai vu chez M. Charrière un porte-plume très simple qui réussit dans les cas ordinaires.

ARTICLE XVII.

CONVULSIONS.

Je n'ai pas besoin de revenir sur les raisons qui m'empêchent d'étudier ces maladies au point de vue de la pathologie générale ; elles sont tout aussi puissantes quand il s'agit des convulsions que quand il s'agit de la paralysie. Nous connaissons un certain nombre d'affections dans lesquelles les convulsions peuvent être considérées comme essentielles, au moins dans la majorité des cas ; ces affections doivent être décrites dans autant d'articles séparés. C'est ainsi que j'ai traité de la *chorée*, de l'*éclampsie*, du *tétanos*, des *convulsions idiopathiques de la face*, de même que des autres maladies dans lesquelles les convulsions ne constituent pas toute la maladie, mais en forment une partie très importante, comme l'*épilepsie*, l'*hystérie*.

Quant aux autres convulsions, elles sont *sympathiques* ou *symptomatiques*. Je dirai un mot des premières en parlant des convulsions idiopathiques, parce que, ainsi que le font très bien remarquer MM. Rilliet et Barthez (1) à propos de l'*éclampsie des enfants*, on peut considérer la maladie dans le cours de laquelle se développent les convulsions comme une simple cause occasionnelle, et, à la rigueur, ne voir dans ces convulsions qu'une affection idiopathique essentielle, puisque aucune autre maladie ayant son siége dans le système nerveux ne saurait en rendre compte.

Après ces explications, je ne crois pas devoir davantage m'étendre sur les généralités, et je passe immédiatement à la description des convulsions idiopathiques de la face, affection que je crois devoir rapprocher autant que possible de la paralysie de la septième paire, parce qu'elle a le même siége.

ARTICLE XVIII.

CONVULSIONS IDIOPATHIQUES DE LA FACE.

Bien qu'on ne trouve dans la plupart des ouvrages modernes que des renseignements très vagues sur l'affection dont nous allons nous occuper, il est certain qu'elle a été reconnue dès une haute antiquité. Les recherches intéressantes de M. François (2) ne laissent aucun doute à cet égard. Il est fait mention de cette maladie dans le traité d'Arétée (3), et M. François cite un passage de Rhazès où, selon lui, il est question de ces convulsions idiopathiques ; mais il ne me paraît pas prouvé qu'il s'agisse d'autre chose, dans ce passage, que de la *paralysie du nerf facial*, à laquelle, ainsi que nous l'avons vu plus haut, Rhazès donne le nom de *tortura*

(1) *Traité des maladies des enfants*, t. II, p. 263.
(2) *Essai sur les convulsions idiopathiques de la face*. Bruxelles, 1843.
(3) *De caus. et nat. diut.*, lib. I.

oris. Plus tard Forestus (1) trace une courte description des convulsions de la face sous la même dénomination, et plus tard encore Pujol en parle dans son *Essai sur le tic douloureux*. Mais tous ces travaux ne pouvaient pas avoir une grande portée avant la découverte de Ch. Bell. Ne connaissant pas, en effet, les fonctions spéciales de la septième paire de nerfs, les auteurs que je viens de citer se trouvaient embarrassés à chaque pas quand il s'agissait d'expliquer les symptômes et de distinguer les diverses maladies nerveuses de la face.

La découverte de Ch. Bell ne commença néanmoins à recevoir une application satisfaisante, dans les cas dont il s'agit, qu'à la publication du travail remarquable de M. Marshall-Hall sur les maladies du système nerveux (2). Cet auteur cite, en effet, trois observations intéressantes, dont M. François a fait son profit.

Enfin M. Romberg (3) a cité, dans son ouvrage sur les maladies des nerfs, quelques cas dont malheureusement il ne nous a pas fait connaître tous les détails.

C'est avec ces divers documents que je vais tracer une histoire rapide de la maladie.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de *convulsions idiopathiques de la face* à une affection caractérisée par des mouvements involontaires des muscles qui reçoivent l'influx nerveux de la septième paire de nerfs, mouvements qui font grimacer la face et ne s'accompagnent d'aucune douleur.

Cette affection n'est pas fréquente; on lui a donné plusieurs noms, parmi lesquels je citerai les suivants : *tortura faciei*, *oris distortio*, *spasme cynique*, *tic non douloureux*, *tic convulsif*, *rire sardonique*.

§ II. — Causes.

Il n'est pas rare que la maladie se manifeste *sans cause appréciable*. Chez un sujet pour lequel j'ai été consulté il y a deux ans, il était impossible de découvrir dans les antécédents rien qui eût un rapport évident avec la production de ces convulsions. Dans un fait observé avec soin par M. François, il en était de même.

Cette affection n'a, dans les cas bien authentiques, été encore observée que *chez des adultes*.

Des trois cas rapportés par M. Marshall-Hall, il en est deux dans lesquels les convulsions ont succédé promptement à l'action d'un *froid* vif sur la face, en sorte que cette circonstance rapproche, sous le point de vue de l'étiologie, les convulsions de la paralysie de la septième paire.

Chez quelques sujets il y avait eu des *rhumatismes musculaires* fréquents et étendus. Dans un cas cité par M. François, l'apparition d'un rhumatisme musculaire dans un grand nombre de muscles des autres parties du corps ne déplaça pas l'affection de la face.

Enfin, dans un cas recueilli par M. Marshall-Hall, les *convulsions succédèrent à la paralysie.*

(1) *Opera omnia*, lib. X.
(2) *On the diseases and derang. of the nerv. system.* London, 1841.
(3) *Lehrbüch der Nervenkrank. des Menschen.* Berlin, 1843, Band I.

Voilà tout ce que nous savons d'un peu positif sur ce point obscur d'étiologie.

§ III. — Symptômes.

La maladie, au point de vue de la symptomatologie, se présente sous deux formes stinctes qu'il importe de connaître. Dans les cas cités par M. François et dans :lui que j'ai observé moi-même, les convulsions n'étaient pas continues : elles aient *cloniques*, pour me servir de l'expression consacrée; dans ceux, au conaire, qui ont été rapportés par M. Marshall-Hall, il y avait des convulsions contiues, des convulsions *toniques*. Je vais décrire ces deux formes.

1° *Convulsions intermittentes.* — *Début.* — Dans les cas que nous connaissons, :s convulsions se sont développées lentement, c'est-à-dire que, pendant un temps us ou moins long, les malades n'ont éprouvé que des convulsions légères, sou:nt peu étendues, dans l'orbiculaire des paupières et les muscles de la joue; puis :u à peu les convulsions sont devenues plus fréquentes, plus fortes, et ont occupé ut un côté de la face, et parfois même ont envahi les muscles du cou.

Symptômes des convulsions intermittentes. — Les convulsions n'ont pas dans tous s instants la même intensité; elles sont tantôt rapides et passagères, tantôt soute:ues pendant dix, douze secondes et plus. Elles se reproduisent à des intervalles uriables, mais ordinairement très courts, et ne laissent pas les malades tranquilles :ndant plus d'une, deux ou trois minutes. Quelquefois cependant le repos peut re plus prolongé : c'est ainsi que le sujet que j'ai observé, et dont j'ai parlé plus ıut, n'éprouvait pas de convulsions pendant dix minutes et même un quart d'heure, rsqu'il était fortement préoccupé par une cause quelconque; puis il avait deux et ois fois par minute des convulsions plus ou moins violentes.

Dans le premier fait recueilli par M. François, on observait ce qui suit (je cite ce it parce qu'il peut être regardé comme un type) : Les convulsions occupaient tou:urs simultanément les muscles superficiels de la face, de sorte qu'on voyait et ı'on sentait très bien, par l'application de la main, se convulser à la fois le haut ı front, le sourcil, l'orbiculaire des paupières, la racine et l'aile du nez, la partie oyenne de la joue, la commissure des lèvres, la houppe du menton, le muscle ·aucier, ce qui donnait à la moitié de la face l'expression du *rire avec tiraillement us ou moins considérable du nez et de la bouche* vers le côté malade. Ces moumenis convulsifs ne pouvaient être ni prévenus ni entièrement réprimés; cepenınt ils étaient ou paraissaient moins énergiques lorsque le malade ouvrait ou ferait la bouche avec un certain degré de force, car la *mastication s'exécutait ırfaitement bien*, et le bol alimentaire était promené avec une égale facilité à ·oite et à gauche. La *parole* et la *préhension des aliments* étaient gênées, mais ıllement empêchées pendant les contractions, dont les intervalles, le plus sou:nt très courts, se prolongeaient quelquefois pendant douze et quinze minutes, et ɔrs la face était mue librement d'un côté comme de l'autre. Il y avait, du reste, *ımobilité absolue* du muscle stylo-hyoïdien et du ventre postérieur du digastrique, : qui, ainsi que le fait remarquer M. François, prouve que la maladie portait sur nerf facial, non dans un point rapproché de son origine, mais à sa sortie du canal : Fallope, au point où il devient superficiel.

Cette description peut très bien s'appliquer au cas que j'ai observé, sauf que, ême dans les moments du plus grand calme, l'*œil* du côté gauche (côté affecté)

paraissait un peu plus petit que l'autre, par suite d'une faible contraction du m
orbiculaire.

Je dois redire encore, car c'est un caractère important de la maladie, qu'a
douleur ne se fait sentir dans la partie convulsée, et cette circonstance sépar
fondément les convulsions idiopathiques de la face de ces convulsions souvent
lentes qui accompagnent la névralgie trifaciale.

La sensibilité du côté affecté n'est nullement altérée.

Cette affection n'empêche pas toutes les fonctions de s'exécuter parfaitem
aussi les malades ne présentent aucun signe de dépérissement. Chez le sujet
j'ai déjà parlé, il était arrivé plusieurs fois que les convulsions avaient
momentanément le sommeil ou avaient occasionné des réveils en sursaut. Ma
général le malade était parfaitement calme pendant son sommeil, ce qui lui a
dit par plusieurs personnes qui l'avaient vu dormir. C'est un point sur lequel
tention des observateurs n'a pas été suffisamment fixée.

2° *Convulsions continues.* — C'est, comme je l'ai dit plus haut, dans les
vations rapportées par M. Marshall-Hall qu'il faut chercher des exemples
forme de la maladie.

Début. — Ces convulsions continues peuvent, si l'on s'en rapporte à un
cités par M. Marshall, parvenir beaucoup plus rapidement que les précé
leur plus haut degré d'intensité. Peu de temps (quelques heures) après a
soumis à l'action du froid, les muscles d'un côté de la face furent, dans
atteints de contractions convulsives, et voici quel était, dans les trois cas, l
côté malade :

Angle de la *bouche dirigé en bas*, *sourcil élevé*, fossettes au-dessus du
fossette du menton très prononcée, *pointe du nez tirée vers le côté malad*

Tous ces phénomènes deviennent beaucoup plus marqués lorsque le mal
rire et lorsqu'il éternue.

La *mastication* se fait du côté non affecté; *le bol alimentaire se rama*
côté; les sujets ne peuvent pas *siffler;* la *prononciation* de quelques lettre
tout des sifflantes, est un peu difficile.

Il y avait dans ces cas un peu d'engourdissement de la *sensibilité*, ma
perte complète.

Comme je l'ai dit en commençant, ces convulsions sont continues; cep
n'est pas rare de voir, dans certains moments, un *mouvement spasmodiqu*
plus apparente encore la déformation de la physionomie.

Telle est la description de cette forme, qui, ainsi qu'on le voit, présent
férences symptomatiques notables avec la précédente, et dans laquelle une
tion plus attentive pourra faire voir quelques nouvelles particularités.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

J'ai déjà dit un mot de la marche de la maladie ; il me suffit d'ajouter
s'être produite avec une rapidité très variable, elle reste stationnaire, sa
l'ait vue encore se terminer d'une manière favorable, soit spontanément,
l'influence d'un traitement quelconque.

§ V. — Lésions anatomiques.

L'*anatomie pathologique* de cette affection n'a été l'objet d'aucune étude suivie; cependant tout porte à croire que, dans la grande majorité des cas du moins, elle est de celles qu'on ne saurait rapporter qu'à un trouble nerveux dont nous ne pouvons pas, à l'aide de nos moyens d'investigation, trouver la cause organique.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Il est difficile de confondre cette maladie avec aucune autre affection. Ce défaut absolu de douleur suffit pour la faire distinguer des convulsions qui accompagnent la *névralgie trifaciale*. Une observation très superficielle pourrait seule faire prendre pour des convulsions de la face une *paralysie du nerf facial*, et faire croire que le côté sain est convulsé. Les signes donnés dans un des articles précédents (1) sont trop caractéristiques pour que j'insiste sur ce point.

On voit quelquefois des *tics* dus à l'habitude de simuler les convulsions dont il s'agit. On les distingue facilement parce que les sujets les suspendent par la force de la volonté.

Enfin, chez quelques personnes hystériques, il y a des mouvements involontaires accompagnés de cris, de paroles étranges qui ressemblent à ces convulsions; mais j'en ai dit un mot dans la description de l'hystérie.

Pronostic. — Si l'on ne considère que le danger que peut avoir la maladie pour l'existence ou pour la constitution du malade, la gravité du pronostic est nulle; mais il n'en est pas de même quand on a égard à la persistance de cette incommodité, malgré tous les traitements qui paraissent le mieux appropriés. Sous ce point de vue, c'est une affection très fâcheuse.

§ VII. — Traitement.

Je n'ai malheureusement pas beaucoup à m'étendre sur le traitement des convulsions idiopathiques de la face. L'emploi de tous les moyens, sauf la ténotomie dans un cas dont je dirai un mot plus loin, ayant complétement échoué, ce n'est plus d'après l'expérience que nous pouvons nous guider, mais seulement d'après des idées théoriques dont on n'a obtenu aucun résultat satisfaisant. Une simple énumération est par conséquent suffisante.

On a employé les *émissions sanguines locales;* elles ont complétement échoué. On a recommandé les frictions avec la *pommade de belladone*, de *datura stramonium*, de *tabac*, faite par incorporation de l'extrait de ces substances à l'axonge : les convulsions ont résisté. La *morphine*, la *vératrine*, la *strychnine* par la méthode endermique, ont été mises en usage par M. François; mais elles n'ont pas eu d'action sur les convulsions. Pour l'emploi de la strychnine par la méthode endermique, qui est la plus dangereuse de ces applications, on doit agir comme je l'ai dit à l'occasion du traitement de la paralysie consécutive à une hémorrhagie cérébrale (2).

(1) Voy. article *Paralysie du nerf facial.*
(2) Voy. cette maladie.

On a encore essayé l'application du *froid* (affusions, fomentations, etc.); mais les malades n'en ont retiré aucun soulagement. Les *vésicatoires* sur la partie malade, dont le succès dans la névralgie et même dans la paralysie faciale est incomplet, n'ont pas un résultat plus avantageux dans la maladie dont nous nous occupons.

M. Romberg conseille la *compression continue* au moyen d'un bandage auquel est adaptée une pelote qui presse sur les muscles. Je ne connais pas les faits que cet auteur a pu citer en faveur de cette médication, qui ne me paraît devoir être que palliative.

A l'intérieur, on a prescrit les *toniques*, les *ferrugineux*, les *amers*, les *vermifuges;* mais comme on n'a pas mieux réussi à l'aide du traitement interne qu'à l'aide des moyens externes, je me borne à cette énumération. M. Romberg recommande le *borax;* mais a-t-il obtenu de bons effets en administrant cette substance, dont il associe l'emploi à celui de la compression? C'est ce que je ne saurais dire.

Reste la *ténotomie*. Nous ne connaissons qu'un seul cas bien évident dans lequel cette opération ait été employée : c'est celui qui est rapporté par M. Romberg, et dans lequel l'opération a été pratiquée par Dieffenbach. Ce chirurgien fit la section sous-cutanée de tous les muscles de la face au moyen de quatre incisions successives que je ne dois pas décrire ici, et quinze mois après, le sujet, qui avait présenté des convulsions violentes, n'éprouvait plus qu'un frémissement musculaire peu gênant.

Dans le cas pour lequel j'ai été consulté, j'ai conseillé la strychnine et l'électricité; mais je n'ai pas su quel résultat a eu ce traitement.

FIN DU TOME PREMIER.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE PREMIER VOLUME.

AVERTISSEMENT DES ÉDITEURS DE LA 4ᵉ ÉDITION I
PLAN DE L'OUVRAGE V
NOTICE SUR F.-L.-I. VALLEIX, PAR LE DOCTEUR WOILLEZ VIII

LIVRE PREMIER.

FIÈVRES OU PYREXIES ET MALADIES PESTILENTIELLES 1
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 2
§ II. Causes 2
§ III. Caractères généraux 2
§ IV Division 3

CHAP. I. Fièvres continues 3

ART. I. FIÈVRE ÉPHÉMÈRE (*courbature*). 3
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 3
§ II. Causes 3
§ III. Symptômes 4
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie 4
§ V. Traitement 5
ART. II. FIÈVRE SIMPLE CONTINUE 5
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 6
§ II. Causes 6
§ III. Symptômes 7
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie 8
§ V. Lésions anatomiques 9
§ VI. Diagnostic pronostic 9
§ VII Traitement 9
ART. III. FIÈVRE TYPHOÏDE 10
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 12
§ II. Causes 13
§ III. Tableau de la maladie 17
§ IV. Symptômes en particulier 21
§ V. Marche, durée, terminaison de la maladie 31
§ VI. Formes de la maladie 33
§ VII. Lésions anatomiques 37
§ VIII. Rapports des lésions et des symptômes, nature de la maladie.. 39
§ IX. Diagnostic, pronostic 40
§ X. Traitement 45

ART. IV. TYPHUS ET TYPHUS FEVER 53
§ I. Considérations générales 53
§ II. Nature et causes de l'affection. 54
§ III. Anatomie pathologique 56
§ IV. Description 58
§ V. Formes et variétés 65
§ VI. Pronostic 66
§ VII. Traitement 66
ART. V. FIÈVRE PUERPÉRALE 67
§ I. Étymologie 67
§ II. Considérations générales 67
§ III. Nature de la maladie 68
§ IV. Anatomie pathologique 70
§ V. Symptômes 72
§ VI. Marche, durée, terminaison de la maladie 74
§ VII. Diagnostic 75
§ VIII. Pronostic 75
§ IX. Étiologie 75
§ X. Traitement 77
ART. VI. FIÈVRE JAUNE 78
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 79
§ II. Causes 79
§ III. Symptômes 81
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie 84
§ V. Lésions anatomiques 85
§ VI Diagnostic, pronostic 86
§ VII. Traitement 87
ART. VII. PESTE 89
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 90
§ II. Causes 90
§ III. Incubation 91
§ IV. Symptômes 91
§ V. Marche, durée, terminaison de la maladie 93
§ VI. Lésions anatomiques 94
§ VII. Diagnostic, pronostic 94
§ VIII. Traitement 94
ART. VIII. CHOLÉRA-MORBUS ÉPIDÉMIQUE. 96
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 96
§ II. Causes 97
§ III. Symptômes 102

§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie.................... 119
§ V. Lésions anatomiques.......... 120
§ VI. Diagnostic, pronostic......... 129
§ VII. Traitement 131
ART. IX. GRIPPE................ 150
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 150
§ II. Causes.................... 150
§ III. Symptômes................ 151
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie.................... 152
§ V. Diagnostic, pronostic. 152
§ VI. Traitement................ 152

CHAP. II. **Fièvres éruptives**........ 153

ART. I. VARIOLE................... 153
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 154
§ II. Causes.................... 154
§ III. Symptômes................ 155
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie................... 160
§ V. Lésions anatomiques 161
§ VI. Diagnostic, pronostic......... 162
§ VII. Traitement................ 163
ART. II. VARIOLOÏDE.............. 168
ART. III. VARICÈLE............... 169
ART. IV. VACCINE................ 170
§ I. Définition.................. 171
§ II. Vaccination................ 171
§ III. Degré d'efficacité de la vaccine. 175
ART. V. ROUGEOLE................ 180
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 180
§ II. Causes.................... 181
§ III. Symptômes............... 182
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie.................. 189
§ V. Lésions anatomiques.......... 191
§ VI. Diagnostic, pronostic........ 191
§ VII. Traitement 192
ART. VI. ROSÉOLE................ 194
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 195
§ II. Causes................ .. 195
§ III. Symptômes............... 195
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie.................. 196
§ V. Traitement................ 196
ART. VII. SCARLATINE............. 196
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 197
§ II. Causes.................... 197
§ III. Symptômes............... 198
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie.................... 203
§ V. Lésions anatomiques 206
§ VI. Diagnostic, pronostic......... 206
§ VII. Traitement 208
ART. VIII SUETTE MILIAIRE 212
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 213
§ II. Causes................... 213
§ III. Symptômes................ 214
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie...................... 218
§ V. Lésions anatomiques.......... 219
§ VI. Complications 220
§ VII. Diagnostic, pronostic........ 220
§ VIII. Traitement................ 221

CHAP. III. **Fièvres intermittentes**.... 224

ART. I. FIÈVRES INTERMITTENTES SIMPLES........................ 224
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 225
§ II. Causes.................... 225
§ III. Symptômes................ 229
§ IV. Marche, durée, terminaison, types, récidives............... 232
§ V. Formes.................. 235
§ VI. Lésions anatomiques......... 235
§ VII. Diagnostic, pronostic........ 236
§ VIII. Traitement 236
ART. II. FIÈVRES PERNICIEUSES....... 245
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 245
§ II. Symptômes................ 246
§ III. Formes de la maladie........ 247
§ IV. Durée des accès 248
§ V. Lésions anatomiques 248
§ VI. Diagnostic, pronostic......... 248
§ VII. Traitement. 248
ART. III. FIÈVRE PSEUDO-CONTINUE.... 250
ART. IV. FIÈVRES LARVÉES.......... 250
ART. V. FIÈVRE BILIEUSE GRAVE DES PAYS CHAUDS OU RÉMITTENTE.......... 251
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 251
§ II. Causes, nature.............. 252
§ III. Symptômes et formes........ 255
§ IV. Marche, durée, terminaison, récidives, époques d'apparition..... 258
§ V. Anatomie pathologique....... 259
§ VI. Diagnostic................ 260
§ VII. Traitement 261

LIVRE DEUXIÈME.

MALADIES GÉNÉRALES ET CONSTITUTIONNELLES....................... 264

ART. I. RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU. 264
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 265
§ II. Causes................... 266
§ III. Symptômes................ 270
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie................ 275
§ V. Coïncidences, complications, maladies consécutives 277
§ VI. Lésions anatomiques......... 279
§ VII. Diagnostic, pronostic........ 281
§ VIII. Traitement............... 284
ART. II RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE.................... 303

§ I. Définition, synonymie, fréquence. 304
§ II. Causes. 305
§ III. Symptômes. 305
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie. 307
§ V. Lésions anatomiques. 308
§ VI. Diagnostic, pronostic. 308
§ VII. Traitement. 312
ART. III. RHUMATISME MUSCULAIRE. 320
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 322
§ II. Causes. 322
§ III. Symptômes. 323
§ IV. Complications. 326
§ V. Marche durée terminaison de la maladie. 327
§ VI. Lésions anatomiques. 327
§ VII. Diagnostic, pronostic. 327
§ VIII. Traitement. 328
Principales espèces de rhumatismes musculaire. 333
De quelques douleurs particulières des muscles. 343
1° Tour de reins. 343
Définition, synonymie, fréquence. 343
Causes. 344
Symptômes. 344
Marche, durée, terminaison de la maladie. 344
Lésions anatomiques. 344
Diagnostic, pronostic. 345
Traitement. 345
2° Douleurs résultant de contractions brusques dans d'autres parties du corps. 345
ART. IV. GOUTTE. 346
§ I. Historique. 346
§ II. Définition, synonymie, fréquence 347
§ III. Causes. 348
§ IV. Symptômes. 349
§ V. Marche, durée, terminaison de la maladie. 357
§ VI. Lésions anatomiques. 358
§ VII. Diagnostic, pronostic. 359
§ VIII. Traitement. 361
ART. V. SCROFULE. 377
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 377
§ II. Causes. 378
§ III. Symptômes. 380
§ IV. Formes et variétés. 385
§ V. Marche, durée, terminaison de la maladie. 386
§ VI. Lésions anatomiques. 388
§ VII. Diagnostic pronostic. 388
§ VIII. Traitement. 390
ART. VI. SYPHILIS. 400
Section I. Considérations générales. 400
Section II. Description générale et thérapeutique. 403
§ I. Définition, synonymie, fréquence, nature. 403
§ II. Tableau de la maladie. 406
§ III. Traitement. 408
Section III. Du chancre. 417
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 418
§ II. Causes. 418
§ III. Symptômes. 421
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie. 428
§ V. Diagnostic, pronostic. 429
§ VI. Traitement. 434
Section IV. Syphilis constitutionnelle. 447
Section V. Plaques muqueuses. 449
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 450
§ II. Symptomatologie. 450
§ III. Marche, durée, terminaison de la maladie. 452
§ IV. Diagnostic, pronostic. 453
§ V. Traitement. 453
Section VI. Syphilides. 455
1° Des syphilides en général. 456
2° Des syphilides en particulier. 463
1° Syphilide exanthématique. 463
2° Syphilide vésiculeuse. 465
3° Syphilide bulbeuse. 466
4° Syphilide pustuleuse. 466
5° Syphilide tuberculeuse. 468
6° Syphilide papuleuse. 470
7° Syphilide squameuse. 471
8° Syphilide maculée. 472
Section VII. Syphilis des viscères. 472
Section VIII. Apparences diverses, transformations, métamorphoses de la syphilis. 473
ART. VII. CANCER. 474
§ I. Considérations générales. 474
§ II. Anatomie pathologique. 476
§ III. Symptômes. 478
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie. 480
§ V. Causes, traitement. 480
ART. VIII. TUBERCULE. 481
ART. IX. PLÉTHORE. 483
§ I. Définition, fréquence. 484
§ II. Causes. 484
§ III. Symptômes. 485
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie. 486
§ V. Diagnostic, pronostic. 486
§ VI. Traitement. 487
ART. X. ANÉMIE. 488
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 488
§ II. Causes. 489
§ III. Symptômes. 490
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie. 492
§ V. Lésions anatomiques. 492
§ VI. Diagnostic, pronostic. 492

§ VII. Traitement.................. 493
ART. XI. CHLOROSE................. 494
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 494
§ II. Causes..................... 495
§ III. Symptômes................. 497
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie..................... 501
§ V. Lésions anatomiques.......... 502
§ VI. Diagnostic, pronostic........ 502
§ VII. Traitement................ 502
ART. XII. LEUCOCYTHÉMIE........... 511
§ I. Historique.................. 511
§ II. Caractères généraux de l'affection....................... 513
§ III. Symptômes................. 513
§ IV. Durée..................... 514
§ V. Pronostic.................. 515
§ VI. Anatomie pathologique....... 515
§ VII. Nature de la maladie....... 516
§ VIII. Causes.................. 516
ART. XIII. SCORBUT................ 516
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 517
§ II. Causes..................... 517
§ III. Symptômes................. 519
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie..................... 521
§ V. Lésions anatomiques.......... 522
§ VI. Diagnostic, pronostic........ 523
§ VII. Traitement................ 524
ART. XIV. DIPHTHÉRITE............. 530
§ I. Marche, durée, terminaison de la maladie, récidives........... 533
§ II. Traitement................. 533
ART. XV. RACHITISME............... 533
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 534
§ II. Causes..................... 534
§ III. Symptômes................. 535
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie..................... 536
§ V. Lésions anatomiques.......... 537
§ VI. Diagnostic, pronostic........ 539
§ VII. Traitement................ 540
ART. XVI. OSTÉOMALACIE............ 541
ART. XVII. GLYCOSURIE OU DIABÈTE SUCRÉ........................ 546
1° Polyurie ou diabète insipide.... 548
2° Glycosurie ou diabète sucré..... 550
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 550
§ II. Causes..................... 550
§ III. Symptômes................. 560
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie..................... 571
§ V. Lésions anatomiques.......... 573
§ VI. Diagnostic, pronostic........ 574
§ VII. Traitement................ 576
3° Hippurie.................... 588
ART. XVIII. MALADIE D'ADDISON...... 589
§ I. Historique.................. 589
§ II. Symptômes.................. 592
§ III. Marche, durée, terminaison de la maladie..................... 593
§ IV. Anatomie pathologique....... 594
§ V. Diagnostic, pronostic, traitement. 594

LIVRE TROISIÈME.

NÉVROSES......................... 595
Classification des névroses........... 595
CHAP. I. **Névroses de l'intelligence, des facultés morales et affectives et du sens de reproduction**......... 597
ART. I. FOLIE..................... 597
§ I. Définition, synonymie, fréquence 598
§ II. Causes..................... 599
§ III. Symptômes................. 600
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie..................... 608
§ V. Lésions anatomiques.......... 609
§ VI. Diagnostic, pronostic........ 610
§ VII. Traitement................ 612
ART. II. IDIOTIE, DÉMENCE, CRÉTINISME. 620
ART. III. HYPOCHONDRIE............ 622
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 623
§ II. Causes..................... 623
§ III. Symptômes................. 625
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie..................... 627
§ V. Lésions anatomiques.......... 627
§ VI. Diagnostic, pronostic........ 627
§ VII. Traitement................ 628
ART. IV. CATALEPSIE............... 629
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 629
§ II. Causes..................... 630
§ III. Symptômes................. 630
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie..................... 633
§ V. Lésions anatomiques.......... 633
§ VI. Diagnostic, pronostic........ 633
§ VII. Traitement................ 633
ART. V. NOSTALGIE................. 634
ART. VI. ANAPHRODISIE............. 635
ART. VII. SATYRIASIS.............. 636
ART. VIII. PRIAPISME.............. 637
ART. IX. NYMPHOMANIE.............. 637
CHAP. II. **Névroses de la sensibilité**.. 638
ART. I. CÉPHALALGIE NERVEUSE, CÉPHALÉE.......................... 638
ART. II. MIGRAINE................. 639
§ I. Définition.................. 639
§ II. Division................... 639
§ III. Symptômes................. 640

§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie.................. 642
§ V. Causes.................... 643
§ VI. Diagnostic, pronostic........ 643
§ VII. Traitement.............. 644
ART. III. NÉVRALGIE EN GÉNÉRAL.... 646
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 646
§ II. Causes.................... 647
§ III. Siége de la maladie; points douloureux.................... 647
§ IV. Symptômes................. 648
§ V. Marche, durée, terminaison de la maladie.................. 651
§ VI. Lésions anatomiques......... 652
§ VII. Diagnostic, pronostic........ 652
§ VIII. Traitement............... 653
ART. IV. DIVISION DES NÉVRALGIES.... 664
ART. V. NÉVRALGIE TRIFACIALE...... 665
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 666
§ II Causes.................... 666
§ III. Symptômes............... 667
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie.................... 669
§ V. Lésions anatomiques......... 670
§ VI. Diagnostic, pronostic........ 670
§ VII. Traitement................ 672
ART. VI. NÉVRALGIE CERVICO-OCCIPITALE........................ 685
ART. VII. NÉVRALGIE CERVICO-BRACHIALE. 687
ART. VIII. NÉVRALGIE DORSO-INTERCOSTALE........................ 691
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 691
§ II. Causes.................... 692
§ III. Symptômes............... 692
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie.................... 694
§ V. Diagnostic, pronostic......... 695
§ VI. Traitement................ 698
ART. IX. NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE. 699
ART. X. NÉVRALGIE CRURALE........ 705
ART. XI. NÉVRALGIE SCIATIQUE....... 706
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 706
§ II. Causes.................... 707
§ III. Symptômes................ 708
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie 710
§ V. Lésions anatomiques.......... 711
§ VI. Diagnostic, pronostic........ 711
§ VII. Traitement............... 714
ART. XII. NÉVRALGIES MULTIPLE ET ERRATIQUE........................ 723
ART. XIII. NÉVRALGIE GÉNÉRALE..... 723
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 723
§ II. Causes.................... 726
§ III. Symptômes................ 726
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie.................. 729
§ V. Diagnostic, pronostic......... 729
§ VI. Traitement................ 730
ART. XIV. DERMALGIE............ 731
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 732
§ II. Causes.................... 732
§ III. Siége..................... 734
§ IV. Symptômes................ 734
§ V. Marche, durée, terminaison de la maladie.................. 735
§ VI. Diagnostic, pronostic......... 735
§ VII. Traitement............... 736
ART. XV. PARALYSIE DE LA CINQUIÈME PAIRE........................ 736

CHAP. III. Névroses du mouvement.. 738

1° Paralysie de la troisième paire.... 738
§ I. Causes.................... 740
§ II. Diagnostic, pronostic........ 740
§ III. Traitement............... 741
2° Paralysie de la sixième paire..... 741
3° Paralysie de la paupière........ 741
4° Paralysie du muscle dentelé..... 742
ART. II PARALYSIE DE LA SEPTIÈME PAIRE (hémiplégie faciale)......... 742
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 743
§ II. Causes.................... 743
§ III. Symptômes................ 745
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie.................. 749
§ V. Lésions anatomiques......... 750
§ VI. Diagnostic, pronostic........ 750
§ VII. Traitement................ 751
ART. III. PARALYSIE GÉNÉRALE PROGRESSIVE........................ 754
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 754
§ II. Symptômes, marche 755
§ III. Terminaison. durée 757
§ IV. Lésions anatomiques......... 757
§ V. Diagnostic................. 758
§ VI. Causes.................... 759
§ VII. Traitement............... 759
ART. IV. PARALYSIE ESSENTIELLE CHEZ LES ENFANTS.................. 759
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 760
§ II. Début, siége.............. 760
§ III. Symptômes, marche......... 760
§ IV. Durée.................... 761
§ V. Pronostic.................. 761
§ VI. Causes.................... 762
§ VII. Traitement............... 762
ART. V. APOPLEXIE NERVEUSE........ 763
ART. VI. PARAPLÉGIE NERVEUSE...... 764
ART. VII. TREMBLEMENT NERVEUX..... 767
ART. VIII. CHORÉE................ 768
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 769
§ II. Causes. 770
§ III. Symptômes................ 774
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie.................. 778

§ V. Lésions anatomiques.......... 780
§ VI. Diagnostic, pronostic........ 781
§ VII. Traitement.............. 781
Art. IX. Épilepsie................ 794
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 795
§ II. Causes.................... 796
§ III. Symptômes................ 800
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie.................... 804
§ V. Lésions anatomiques......... 805
§ VI. Diagnostic. pronostic........ 807
§ VII. Traitement............... 809
Art. X. Hystérie................ 817
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 818
§ II. Causes.................... 819
§ III. Symptômes................ 822
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie.................... 842
§ V. Lésions anatomiques.......... 843
§ VI. Diagnostic, pronostic........ 845
§ VII. Traitement.............. 848
Art. XI. Éclampsie............... 857
1° Éclampsie des enfants.......... 858
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 858
§ II. Causes.................. 859
§ III. Symptômes.............. 861
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie.................. 865
§ V. Lésions anatomiques....... 867
§ VI. Diagnostic, pronostic....... 867
§ VII. Traitement............. 868
2° Éclampsie des femmes enceintes ou en couches.................. 875
Art. XII. Tétanos................ 876
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 877
§ II. Causes.................... 877
§ III. Symptômes................ 879
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie...................... 883
§ V. Lésions anatomiques......... 883
§ VI. Diagnostic, pronostic......... 884
§ VII. Traitement............... 884
Art. XIII. Rage................... 890
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 890
§ II. Causes..................... 890
§ III. Symptômes................ 891
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie.................... 893
§ V. Lésions anatomiques......... 893
§ VI. Diagnostic, pronostic........ 893
§ VII. Traitement................ 893
Art. XIV. Hydrophobie non rabique.. 895
Art. XV. Contracture idiopathique.. 898
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 899
§ II. Causes..................... 899
§ III. Symptômes................. 900
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie.................... 901
§ V. Lésions anatomiques......... 902
§ VI. Diagnostic, pronostic........ 902
§ VII. Traitement............... 903
Art. XVI. Crampes ordinaires et crampes des écrivains............... 904
Art. XVII. Convulsions........... 907
Art. XVIII. Convulsions idiopathiques de la face.................... 907
§ I. Définition, synonymie, fréquence. 908
§ II. Causes.................... 909
§ III. Symptômes................ 909
§ IV. Marche, durée, terminaison de la maladie...................... 910
§ V. Lésions anatomiques......... 911
§ VI. Diagnostic, pronostic......... 911
§ VII. Traitement................ 911

FIN DE LA TABLE DU PREMIER VOLUME.

ERRATUM.

Tome Ier, page 797, ligne 7, *au lieu de* 868, *lisez* 59.

Paris. — Imprimerie de L. Martinet, rue Mignon, 2.


L41 Valleix, F.L.I.
V18 Guide du médecin
1860 praticien. 846105
v.1
NAME
DATE DUE

